



Cours Exercices Corrigés

200 Photos et Schémas Sites web

PSYCHOLOGIE CLINIQUE et PSYCHO- PATHOLOGIE



Édition : Marie-Laure Davezac-Duhem
Fabrication : Martine Pierron, Gaëlle Cannavo
Composition et mise en pages : Nord Compo
Impression : Imprimerie Moderne de l'Est
Documentation iconographique : Maroussia Henriet
Conception couverture : Pierre-André Gualino
Relecture et correction : Isabelle Chave

Nos équipes ont vérifié le contenu des sites internet mentionnés dans cet ouvrage au moment de sa réalisation et ne pourront pas être tenues pour responsables des changements de contenu intervenant après la parution du livre.

© Dunod, Paris, 2008, 2012, 2020
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com
ISBN 978-2-10-081072-7

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.



Cours Exercices Corrigés

200 Photos et Schémas Sites web

PSYCHOLOGIE CLINIQUE et PSYCHO- PATHOLOGIE



Antoine Bioy • Damien Fouques

4^e édition

DUNOD

聖

觀自

菩薩

波羅多

弟子

菩提

遙

僧

佛光山修持中

Table des matières

Préface

Introduction

1 – PRÉSENTATION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

I. Une histoire de la psychologie clinique	2
1. Les précurseurs.....	2
2. Des prémisses à la constitution de la discipline.....	5
II. Place de la clinique en psychologie clinique	9
1. L'acte clinique.....	9
2. La méthode clinique	11
III. Le normal et le pathologique en psychologie clinique.....	16
1. Qu'est-ce qui relève du pathologique ?	16
2. Perspective de Canguilhem	16
3. Considérations générales	17

2 – SPÉCIFICITÉ DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

I. LA PSYCHIATRIE	26
1. Éléments historiques	26
2. La méthode psychiatrique.....	31
3. Liens entre psychiatrie et psychologie clinique	33
II. LA PSYCHOPATHOLOGIE	37
1. Définir la psychopathologie	37
2. La démarche psychopathologique en psychologie clinique	40
3. Principaux signes.....	41
III. LA PSYCHANALYSE	44
1. Définir la psychanalyse	44
2. Liens entre psychanalyse et psychologie clinique	46

3 – PRATIQUES PROFESSIONNELLES

I. Code de déontologie du psychologue	56
1. Avant-propos	56
2. Le code de déontologie.....	57
II. Diversités de la psychologie clinique	64
1. Formes de l'exercice professionnel	64
III. L'exercice du bilan psychologique	68
1. La demande et les objectifs du bilan	69
2. Le choix des outils du bilan	70
3. Le fonctionnement affectif et de la personnalité.....	74
4. Le compte rendu de bilan psychologique.....	78
IV. La recherche en psychologie clinique	80
1. Définir	80
2. Spécificités de la recherche en psychologie clinique.....	81

4 – LES SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

I. La thérapie de soutien	90
1. Situer le propos	90
2. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers.....	93
II. Les psychothérapies	94
1. Définition et cadre des psychothérapies	94
2. Le changement en psychothérapie.....	97
III. Un exemple de travail thérapeutique	99
1. Psychologie clinique et douleur	99
2. Formes d'intervention.....	101

5 – LES PRINCIPAUX MODÈLES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

I. Le modèle psychanalytique	110
1. Principales bases	110
2. Le dispositif thérapeutique	116
II. Le modèle cognitif et comportemental	117
1. Les racines de ce modèle.....	117
2. Le dispositif TCC.....	120
3. Les développements récents des TCC : la 3 ^e vague.....	122
III. Le modèle systémique	123
1. Théorie sous-jacente	123
2. Dispositif et aspects psychothérapeutiques.....	125

IV. Quelques autres modèles	126
1. Approche phénoménologique.....	126
2. L'hypnothérapie.....	126
3. La gestalt-thérapie.....	128
4. Les thérapies à médiation.....	129
5. La thérapie des schémas.....	130
6. La théorie de l'attachement.....	130
V. La question de l'évaluation	132
1. Pourquoi évaluer ?.....	132
2. Que peut-on évaluer ?.....	135

6 – APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF VERS L'ADOLESCENCE

I. Le développement affectif selon la psychanalyse	144
1. La naissance.....	144
II. Les stades de développement	146
1. Le stade oral.....	146
2. Le stade anal.....	147
3. Le stade phallique et le complexe d'Œdipe.....	148
4. La période de latence.....	150
III. L'adolescence	150
1. Présentation.....	150
2. Les deux phases de l'adolescence.....	151
3. Place du corps à l'adolescence.....	152

7 – LES TROUBLES NÉVROTIQUES ET LES TROUBLES ANXIEUX

I. Conception des névroses	158
1. Névrose et psychanalyse : fondements.....	158
2. Évolution du terme de « névrose ».....	159
II. La névrose obsessionnelle	160
1. Présentation.....	160
2. Les obsessions.....	160
3. Les compulsions.....	161
4. Étiopathogénie.....	161
III. La névrose hystérique	162
1. Présentation.....	162
2. Étiopathogénie.....	163
IV. La névrose phobique	163
1. Présentation.....	163
2. Étiopathogénie.....	164

V. Troubles anxieux	165
1. Présentation	165
2. Étiopathogénie	166

8 – LES TROUBLES DE L'HUMEUR

I. Les troubles dépressifs	172
1. L'humeur et sa pathologie	172
2. Épidémiologie des troubles dépressifs	173
3. Sémiologie des troubles dépressifs	173
II. Les troubles bipolaires	176
1. Épidémiologie	176
2. Sémiologie du DSM	176
III. Les modèles explicatifs	178
1. Modèle biologique	178
2. Modèle psychanalytique : Freud	178
3. Apport d'Abraham	179
4. Autres apports psychanalytiques	180
5. L'approche thérapeutique analytique	181
6. Principaux modèles TCC de la dépression	182
7. Modèle TCC des troubles bipolaires	184

9 – LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

I. Modèles de la personnalité	190
1. Approches	190
2. Perspectives psychanalytiques	190
3. Les modèles dimensionnels de la personnalité	192
II. Les troubles de la personnalité	192
1. Principes	192
2. Le groupe A	193
3. Le groupe B	194
4. Le groupe C	197

10 – LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

1. Structure psychotique	204
2. Délire	204
3. Hallucination	204
I. La schizophrénie	204
1. Présentation	204
2. Manifestations	205
3. Délire paranoïde du schizophrène	205
4. Étiopathogénie	206

II. Les syndromes délirants	207
1. Figures des syndromes délirants	207
2. Exemple de la PHC	208
3. Exemple des paraphrénies	208
III. Les états psychotiques aigus	208
1. Critères DSM.....	208
2. Autres considérations	209

11 – LES CONDUITES ADDICTIVES

I. Ce que recouvre le terme « addiction »	214
1. Caractériser le terme « addiction »	214
2. Définition	215
3. Épidémiologie	216
4. La question de la classification	217
5. Liens entre addiction et structure psychique.....	219
II. Les « grandes » addictions	220
1. Clinique de la toxicomanie.....	220
2. Clinique de l'alcoolisme	222
3. Clinique de la boulimie et de l'anorexie.....	224
III. Conceptions psychopathologiques des addictions	227
1. Modèle psychanalytique	227
2. Modèle cognitivo-comportemental	229
3. Deux autres modèles.....	230

Bibliographie

Corrigés des exercices



Préface

Qu'est-ce que la psychologie clinique ? Voilà une question qui revient périodiquement en débat, tant dans la communauté des psychologues que dans la société tout entière. Cette périodicité découle de plusieurs raisons.

D'abord, parce que mine de rien, la réponse à cette question n'est pas simple : elle repose foncièrement sur un faisceau de nouvelles interrogations essentielles pour la pratique de la psychologie et pour la construction de l'identité professionnelle des psychologues. Celles-ci examinent l'objet de la psychologie clinique, ses méthodes spécifiques, ses modèles explicatifs, ses apports concrets sur le terrain, et/ou son utilité dans la société. Autant d'« entrées » et de tentatives pour définir franchement la psychologie clinique et circonscrire clairement son territoire scientifique et professionnel.

Ensuite, le retour du débat signe l'existence d'un désaccord fondamental entre des doctrines, des professionnels, des opinions ou des méthodologies, en apparence incompatibles. Ce désaccord débouche obligatoirement sur d'autres questionnements (anciens et récurrents) portant sur l'unité de la psychologie clinique (existe-t-il une ou des psychologies cliniques ?) et, forcément, sur la définition du psychologue clinicien (qui est clinicien ? Celui qui se réfère à la psychanalyse, aux théories psychodynamiques ou cognitivo-comportementales ou systémiques ? Ou...).

Enfin, l'intemporalité de ce débat est liée intrinsèquement à l'évolution du fonctionnement sociétal et des connaissances qui s'en suivent. La psychologie clinique conquiert de nouveaux domaines d'applications (le travail pour n'en citer qu'un seul) et, avec ces conquêtes, émergent des nouvelles questions sur les limites ou les usages adaptés ou non de la discipline.

On peut toutefois s'interroger autrement. La récurrence de ce débat est-elle vraiment utile à la réflexion sur la psychologie clinique ? La réponse « oui » à cette question est, en revanche, sans ambiguïté aucune. D'abord, parce que tout débat montre l'impossibilité de figer la psychologie clinique dans un cadre conceptuel unique et définitif. Puis, parce qu'en plaçant en son centre l'Homme, il fait ressortir, encore et toujours, la continuité des problématiques existentielles qui l'animent quels que soient sa culture ou son statut. Tout comme l'importance, la stabilité et l'universalité des phénomènes psychiques dont seule l'expression se modifie avec les caractéristiques de l'environnement et de la société.

Ce manuel de psychologie clinique reprend à son tour la discussion, l'ouvre à des approches différentes et contemporaines et l'enrichit par des faits d'actualité et des aspects méthodologiques.

Les auteurs de ce livre, cliniciens investis et confirmés, proposent donc un ouvrage bien équilibré, éclectique et moderne qui met adroitement en évidence la complexité de la discipline et de ses applications pratiques. Leur démarche est dynamique, très claire et très rigoureuse. C'est un texte important, d'une grande utilité didactique pour, au moins, deux raisons immédiatement apparentes.

En premier lieu et en ce qui concerne *la discipline*, le manuel insiste sur les invariants du fonctionnement psychique humain et sur les différentes grilles de lecture qui permettent son décodage. Dans une démarche scientifique, sans polémique ou parti pris, les auteurs décrivent des faits, des modèles et des expériences avérés.

En deuxième lieu, en ce qui concerne *la pratique de la psychologie clinique*, l'ouvrage propose un cheminement, pas à pas, vers la construction professionnelle du psychologue clinicien. On y découvre ainsi les différentes étapes, tout comme les exigences fondamentales requises dans ce but, quels que soient le cadre théorique ou les choix méthodologiques personnels.

Du point de vue de la psychologie clinique, l'approche est clairement intégrative. Différentes conceptions théoriques sont présentées, contextualisées dans leurs aspects historiques, dans leurs apports et leurs limitations. En mettant l'accent sur l'ouverture, les auteurs libèrent la pensée « clinique » qui permet ainsi la véritable prise en compte du sujet singulier.

L'objet de la psychologie clinique est situé d'emblée : l'individu dans ses rapports à lui-même et au monde, dans une dynamique évolutive. Évolution qui s'accomplit dans le remaniement permanent de la notion de sujet et de son statut dans la société. Évolution qui se développe dans la production de connaissances générales et généralisables. Connaissances qui permettent de décoder, dans le temps, les conduites individuelles, à la fois dans l'instantanéité et dans la durabilité. Des vignettes d'actualités illustrent agréablement ces propos.

La démarche clinique est, quant à elle, bien soulignée. Le fonctionnement psychique s'appréhende dans le subjectif et le général, dans l'intime et le social, dans la transformation et la stabilité, dans le réel de la personne et dans son monde fantasmatique. Ainsi, l'objectif final des applications en psychologie clinique n'est pas la compréhension du sujet et/ou de son problème, mais de l'individu avec son problème, dans des interactions en perpétuelle réciprocité.

Au fil des pages, se dessinent également les étapes nécessaires à la construction professionnelle du psychologue clinicien, dans une démarche active de découverte et d'entraînement.

L'accent est mis d'abord sur la formation de base, obligatoirement généraliste, puis, dans un deuxième temps, sur l'inévitable spécialisation qui s'opère selon les postes occupés. L'importance de la connaissance et du maniement des invariants du fonctionnement psychique humain, là encore fortement soulignée, dans une dynamique qui montre que cette direction, du général au spécifique, permet à soi, psychologue clinicien, de s'adapter à tout contexte.

Dans cette perspective, le psychologue clinicien apparaît comme un expert qui utilise, au quotidien, des savoirs psychologiques divers en s'appuyant sur l'histoire individuelle et sur le contexte du sujet pour décoder des situations atypiques ou problématiques.

Les auteurs, à bon escient, insistent sur la distinction psychiatre/psychologue, tant de fois assimilés, à tort dans l'esprit des usagers ou des non initiés.

Ils présentent le psychologue clinicien comme un expert qui vit aussi avec ses pairs, en s'intégrant et en faisant vivre des associations professionnelles que les auteurs citent et décrivent précisément.

En s'appuyant sur ces deux facettes (de la discipline et de la pratique), les auteurs démontrent parfaitement que l'implication en psychologie clinique est une affaire complexe de conceptualisation et de permanente reformulation.

Les auteurs montrent aussi que la pratique de la psychologie clinique est une question d'information et surtout d'accès à l'information, face à « un monde qui bouge ». Pour cela, ils proposent des références bibliographiques actualisées ainsi que des webographies, des liens utiles ; bref, mettent, bien à propos, la technologie au service des connaissances.

Enfin, une dernière chose, et pas des moindres, les auteurs confirment de manière ludique que le plaisir que procure la psychologie clinique au professionnel qui l'embrasse, provient indubitablement de l'appropriation et du travail personnels. Et dans ce sens, les nombreux exercices conseillés permettent de s'entraîner à jouer avec idées et associations d'idées, pour finalement se mesurer à soi et, qui sait... à son propre style de fonctionnement.

Dana Castro (psychologue clinicienne, docteur en psychologie)
Août 2008



Introduction

La psychologie clinique est probablement la discipline que les étudiants s'attendent à trouver le plus en débutant des études de psychologie. En effet, des apports de ce champ de savoir sont bien connus du grand public (études des rêves, analyse des lapsus dits « révélateurs », notion de faits dits psychosomatiques, influence du stress dans les conduites humaines, etc.). Par ailleurs, l'actualité se fait l'écho de modalités d'intervention de psychologues cliniciens sur le terrain (cellules psychologiques, accompagnement de personnes atteintes de maladies somatiques graves, etc.). Enfin, certains outils sont connus au moins de nom (« test des taches d'encre » de Rorschach, entretien à visée psychothérapeutique, etc.). Sans parler bien sûr des interventions de psychologues cliniciens directement sur des plateaux télé, parfois (mais pas toujours...) de façon pertinente.

Mais au-delà de ces connaissances parcellaires, il va s'agir pour l'étudiant d'acquérir une connaissance précise de ce que recouvre la psychologie clinique, ses méthodes, son savoir et ses applications. Cet ouvrage a pour ambition d'accompagner les acquisitions qui seront faites durant les trois années de licence principalement, et de préparer à la suite de leur cursus les étudiants qui continueront en master clinique, en leur assurant des bases fiables de connaissance, de réflexion et d'analyse. La psychologie clinique étant pour partie intéressée par la question de la psychopathologie, il paraissait également utile d'offrir les repères nécessaires dans ce champ de savoir, ce d'autant que certaines applications de la psychologie clinique nécessitent un solide bagage en psychopathologie (bilan de personnalité, notamment).

Force est de constater qu'en France (ou pour partie en Belgique), un curieux clivage est bien souvent à l'œuvre dans les courants qui constituent la psychologie clinique et la psychopathologie. Conceptions psychanalytiques et conceptions dites athéoriques par exemple ne font pas très bon ménage. Une situation qui questionne d'autant plus que la plupart des autres pays font preuve d'une plus grande ouverture et d'une plus grande tolérance de pensée.

Nous avons choisi pour notre part de proposer une approche dite intégrative, c'est-à-dire qui reconnaît à la sémiologie du DSM un intérêt certain, malgré ses limites, mais qui doit impérativement être complété par des analyses de la dynamique psychique et du sens du symptôme par d'autres approches (psychanalyse, cognitivo-comportementalisme, systémie, etc.). Une approche qui prône également qu'en fonction de la situation du patient, de son désir, de sa demande et de sa réalité psychique, plusieurs courants peuvent apporter un éclairage pertinent selon les situations présentées et les enjeux de la rencontre avec le psychologue clinicien. Enfin, cette approche propose de considérer une complémentarité des modèles dans certains cas, sans qu'aucun de ces modèles n'ait à renier ses fondements et sa légitimité.

En avant donc pour ce voyage au cœur de la psychologie clinique et de la psychopathologie !



PRÉSENTATION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

La notion de « psychologie clinique » fait actuellement débat, et n'est pas aussi linéaire que l'on pourrait le penser. Elle désigne cependant et avant tout une méthode, autour de laquelle se retrouvent les psychologues cliniciens dont la discipline est bien distincte d'autres, comme la psychologie expérimentale, la psychologie sociale ou encore la psychologie cognitive. Il faut cependant ajouter à la question de la méthode, une approche singulière et la question des concepts utilisés pour désigner ce que recouvre exactement le terme de « psychologie clinique ».

Définitions

Psychologie

La psychologie est la science qui étudie les faits psychiques et les conduites, et constitue des théories ainsi qu'une pratique à ce propos. Son étymologie signifie « science de l'âme » (*psychè* et *logos*). La psychologie appartient aux sciences humaines.

Clinique

Le terme de « clinique » désigne étymologiquement l'activité « au lit du patient ». Il s'agit d'un acte se fondant sur une rencontre entre deux individus à visée d'évaluation ou d'accompagnement. Elle désigne enfin la constitution d'un savoir *in vivo*, individualisé, au contraire du savoir *in vitro*, qui vise, lui, à l'établissement d'une théorie globale à partir de données générales. Les deux notions peuvent cependant être liées, notamment en psychologie clinique (l'une pouvant renseigner l'autre sur la nature des éléments observés).

Psychologie clinique

La psychologie clinique est une branche de la psychologie ayant pour objet l'étude la plus exhaustive possible des processus psychiques d'un individu ou d'un groupe dans la totalité de sa situation et de son évolution. Elle est amenée à étudier les conduites humaines individuelles, normales et pathologiques, en tant que phénomènes déterminés par les processus psychiques. Enfin, elle peut également étudier les spécificités psychiques d'une classe d'individu confrontée à une même situation (adoption, hospitalisation...), une même classe d'âge et leurs incidences croisées (vieillesse, interactions adolescentes...), une même pathologie (handicap moteur, atteinte neurologique...), ou appartenant à un même champ psychopathologique (troubles de l'humeur, schizophrénie...).

I. UNE HISTOIRE DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1. Les précurseurs

Les fondements de la psychologie clinique

En France, la construction de la psychologie clinique s'est faite sous deux influences principales, celle de la philosophie et celle de la médecine, dont Michel Foucault dans *Naissance de la clinique* (PUF) rappelle quelques noms tant du côté de la médecine clinique (dont Xavier Bichat) que de la philosophie (dont Maine de Biran) qui participeront plus ou moins directement à la naissance d'une psychologie clinique, en deux temps.

Le premier temps est peu linéaire (pluralité des approches), et concerne la période des XVIII^e et XIX^e siècles. Cette période a été, sommairement, l'occasion :

- d'une redéfinition des structures sanitaires ;
- du renouvellement du statut de malade et de malade mental en particulier (le « fou » n'est plus un « possédé » : rejet progressif des conceptions spirituelles et démonologiques de la maladie) ;
- d'importantes controverses autour d'un intérêt porté sur l'individuel mais aussi la nécessaire prise en compte d'une dimension sociale ;
- d'un éclaircissement lucide des objectifs recherchés dans la démarche auprès des « fous » : soins *versus* savoir.

Mais aussi, cette période a progressivement préparé la venue de la psychologie clinique :

- en posant l'individu au centre d'une expertise scientifique (dont les études de cas) ;
- en donnant une place de choix aux observations cliniques ;
- en affirmant la nécessité d'un ordonnancement des connaissances acquises sur la dynamique psychique ;
- en posant la nécessité d'une compréhension de ces phénomènes après les avoir méthodiquement et correctement décrits.

Le second temps dans la constitution d'une psychologie clinique est celle du XX^e siècle, que nous aborderons plus amplement. C'est le temps où cette discipline va réellement se constituer en tant que telle, en reconnaissant l'*individualité* de chaque être humain, et la part de subjectivité de son activité psychique, mais d'une subjectivité appréhendable scientifiquement.



Psyché et l'Amour
(François Gérard, 1798).

APPLICATION

Le terme « clinique »

L'adjectif « clinique » signifie littéralement « au lit du malade ». Il s'agit d'un terme d'abord employé en médecine, et renvoyait à la notion d'observation du patient et d'examen clinique premier (palpation, écoute des symptômes, attention pour les odeurs, comme l'haleine aux senteurs « pomme » chez un diabétique, etc.).

Le terme « clinique », passé en psychologie, renvoie en partie aux mêmes notions. Il s'agit d'un acte qui s'inscrit dans un relationnel (on est avec un patient), où les seuls sens vont être utilisés auprès d'un patient qui est atteint (ou possiblement atteint) d'un certain nombre de troubles. Comme en médecine, le travail clinique va obéir à une certaine méthode et analyse, en fonction d'un savoir donné. Comme en médecine également, l'acte clinique pourra aboutir à une proposition de bilan (psychologie : tests, échelles...) ou d'examen complémentaires plus techniques (médecine : IRM, radiographie, bilan sanguin...).

Quels sont les
fondateurs de la
psychologie clinique ?



Enfant à la Psychological Clinic
(source : [http://www.psych.
upenn.edu](http://www.psych.upenn.edu)).

Www.

Lien vers un article
princeps de Witmer en
1907 : [http://
psychclassics.yorku.ca/
Witmer/clinical.htm](http://psychclassics.yorku.ca/Witmer/clinical.htm)

Www.

Site de l'institut Pierre-
Janet : [http://www.pierre-
janet.com](http://www.pierre-janet.com).

Les « pères fondateurs »

Vers la fin du XIX^e siècle, le terme de psychologie clinique fit son apparition. Claude-Marcel Prevost (in *La psychologie clinique*, Paris, PUF, 1988) nous rappelle ainsi que de décembre 1896 à décembre 1901, deux psychiatres hospitaliers – Hartenberg et Valentin – font paraître une *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*.

Prevost date d'ailleurs l'usage courant du terme de « psychologie clinique » au milieu des années 1890.

C'est en tout cas à cette période qu'outre-Atlantique, Lightner Witmer (1867-1956) ouvre sa Psychological Clinic, où il prend en charge des enfants avec un handicap physique ou mental.

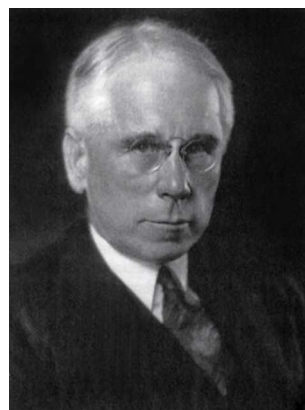
En 1896, il fait une conférence auprès de l'American Psychological Association où il emploie les termes de « psychologie clinique » et de « méthode clinique en psychologie ». En 1908, il avait publié un ouvrage – *Clinical Psychology*, une somme d'articles – où il expliquait déjà sa méthode et ses fondements.

Bien que cette conférence n'eût pas vraiment d'écho (ce n'est d'ailleurs qu'en 1919 que l'APA ouvrira une section clinique), on attribue à Witmer une place importante dans les origines sinon de la psychologie clinique, au moins du terme lui-même. Witmer est l'une des trois figures couramment citées qui permirent la vraie naissance de la psychologie clinique.

La seconde figure est le Français Pierre Janet (1851-1947), bien qu'il cite très peu le terme de « psychologie clinique ».

L'ensemble de son œuvre démontre cependant une pensée et une méthode qui peuvent être qualifiées de clinique : refus de la statistique et des études de laboratoire qui segmentent le sujet en isolant des variables, volonté d'une compréhension individuelle globale de la dynamique psychique, démarche axée autour de l'écoute et de l'observation.

Comme pour Janet, la troisième personne à qui l'on attribue la constitution stable d'une psychologie clinique n'a que très peu utilisé ce terme (uniquement dans une correspondance avec son collègue et ami Fliess, le 30 janvier 1899). Il s'agit de l'Autrichien Sigmund Freud (1856-1939), père de la psychanalyse. Là aussi, c'est la méthode utilisée qui inscrit cet auteur dans une démarche clinique qui participa grandement à l'éclosion de la psychologie clinique en tant que discipline singulière. Si sa démarche inclut l'étude de cas permettant la connaissance des faits psychiques et une mise à jour de l'intelligibilité des conduites normales et pathologiques, il faut adjoindre une autre dimension fondamentale : l'étude de la nature et des fondements psychiques des relations qu'un individu entretient avec son entourage, et notamment avec un psychologue lorsque l'individu en question devient sujet d'étude ou patient (que Freud conceptualisera sous la dénomination de « transfert »).



Lightner Witmer (1867-1956).

2. Des prémisses à la constitution de la discipline

La période après-guerre

On l'aura compris, l'avènement d'une psychologie clinique en tant que discipline stable et autonome est survenu très progressivement. Elle ne s'est réellement affirmée qu'après la Seconde Guerre mondiale.

Aux États-Unis en 1947, l'APA (American Psychological Association) affirme un statut de la psychologie clinique en posant les bases d'un enseignement et un cadre de recherches propres. Dès lors, cette discipline est reconnue comme scientifique et obéissant à une méthodologie stricte tant dans la pratique que dans le recueil de données fondamentales.

Mais surtout, et c'est loin d'être anodin, la filiation directe au corps de la psychologie entérine qu'il ne s'agit pas d'une discipline relevant de la médecine, et que le terme « clinique » peut s'entendre hors de ce champ auquel elle a pourtant longtemps appartenu.

En France, la psychologie clinique telle qu'entendue actuellement est couramment associée dans sa naissance à la conférence présentée en 1949 au Groupe de l'évolution psychiatrique par Daniel Lagache (1903-1972), philosophe, psychiatre et psychanalyste.

Il pense la psychologie clinique comme étudiant l'homme « en situation » de façon bien distincte de disciplines « cousines » dont la psychiatrie et la psychopathologie, tant dans son approche théorique que pratique. Il définit ainsi l'objet de la psychologie clinique : « L'étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l'étude de la personne totale "en situation". »

La notion de conduite est particulièrement importante, puisqu'il s'agit là du socle différenciant la psychologie clinique de la psychiatrie : les conduites humaines ne sont en effet pas directement l'objet de la psychiatrie (qui s'intéresse plus à la notion de maladie mentale) et l'étude des conduites en psychologie clinique permet d'ouvrir certes vers les dimensions du pathologique, mais aussi des conduites normales.

Pour Lagache, l'acte diagnostique est une étape importante de l'activité clinique qui peut se résumer au conseil, à la guérison et à l'éducation. Cet auteur définit clairement une méthode clinique pratique et résolument axée autour de l'accompagnement individuel (« la nature des opérations avec lesquelles le psychologue approche les conduites humaines »). Il en donne l'objectif : « envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé, le programme de la psychologie clinique ». Pour autant il reste frileux, voire opposé, à considérer la psychologie clinique comme également concernée par la production de connaissances générales et par l'obtention de données scientifiques obtenues autrement que par généralisation d'études de cas.

Www.

Site de l'APA : <http://www.apa.org> »



Daniel Lagache (1903-1972).

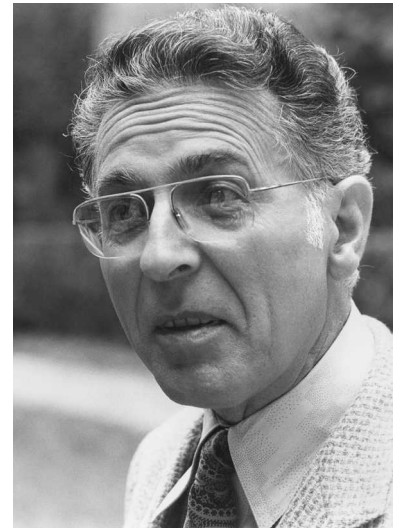


Juliette Favez-Boutonier
(1903-1994).

Juliette Favez-Boutonier (1903-1994) partage les principaux principes définis par Lagache et distinguera pleinement la psychologie clinique de la psychologie médicale et de la psychanalyse. Elle semble d'ailleurs souhaiter inscrire la psychologie clinique dans un champ bien plus général que celui en lien avec le domaine de la pathologie (comme celui de l'éducation), mais reste très attachée à une « psychologie aux mains nues ».

J. Favez-Boutonier met également l'accent sur le thème de l'intersubjectivité et sa place dans la psychologie clinique telle qu'elle l'envisage : « l'étude de la personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution ».

Elle participera de façon importante à la reconnaissance de la psychologie clinique à l'université avec la création en 1966 d'un certificat de psychologie clinique à la Sorbonne, puis obtint en 1968 la création d'une unité d'études et de recherches (UER) de sciences humaines cliniques à l'université de Paris VII-centre Censier. Cette inscription universitaire a été capitale. Elle mena vers une reconnaissance d'un premier diplôme de psychologue clinicien en 1971 (centre Censier, Paris), puis la multiplication progressive sur le territoire national de diplômes d'études supérieures spécialisés (DESS, l'ancienne dénomination des masters professionnels) puis des diplômes d'études appliquées (DEA, actuellement master 2 recherche).



Didier Anzieu (1923-1999).

Par la suite, Didier Anzieu va reprendre pour partie la ligne de Lagache, en proposant trois postulats de base supplémentaires :

- un postulat *dynamique* : il place la notion de conflit au centre de la psychologie clinique, qui doit en étudier la nature (avec soi-même, avec les autres, avec son milieu), les mécanismes, l'intensité, les modes d'expression et de résolution ;
- un postulat *interactionniste* : les interactions d'un individu avec son environnement (famille, culture, contexte général...) donnent un sens aux conflits ; il convient donc pour lui de les étudier ;
- un postulat *génétique* : la psychologie clinique doit considérer l'individu dans son histoire, pour comprendre ses conduites actuelles.

La situation de la psychologie clinique actuellement

Une évolution (récente) est principalement marquée par un discours autour de la méthode en psychologie clinique.

Claude Revault d'Allones va ainsi prôner un lien plus étroit entre le domaine de la recherche et le domaine de la pratique. Jean-Louis Pedinielli va, en 1994 (Pedinielli, 2016), contester le refus d'une psychologie clinique qui ne pourrait s'ouvrir à une démarche objectivante. Sans rejeter un modèle clinique proche de la psychanalyse, il souhaite ouvrir la discipline à d'autres méthodes.

Tout ceci souligne qu'il existe une spécificité du « modèle français », notamment vis-à-vis de ce qui est entendu sous le terme de « psychologie clinique » dans le modèle dit anglo-saxon, du fait d'une histoire différente. En France, l'engouement pour la *psychanalyse* a profondément marqué le développement de la psychologie clinique. Bien que ces deux domaines soient distincts, la proximité de méthode mais aussi le fait que les « grandes figures » de la psychologie clinique au ^{xx}e siècle aient été majoritairement psychanalystes, a fait que la France garde toujours un attachement important à la clinique « aux mains nues » plutôt qu'à la psychologie « armée » (tests, échelles...).

On assiste de nos jours en France à la distinction entre deux courants en psychologie clinique :

- *un courant humaniste* fortement marqué par la référence analytique, qui donne la primauté à l'individualité et à la subjectivité du sujet, et qui tend à refuser la recherche de généralisation des résultats observés par une méthode plus objectivante et normée ;
- un courant qui tend à se rapprocher du *modèle des sciences de la vie*. Ce courant, sans renier l'intérêt pour l'étude de la singularité ni l'importance à accorder aux faits relationnels, relève d'une méthodologie la plus objectivante possible, allant parfois jusqu'à emprunter à d'autres champs d'analyse sa méthodologie (avec parfois un appel à l'*Évidence Based Medicine*, « médecine basée sur la preuve »). Ce dernier courant ayant été influencé par quelques auteurs (Janet, Pieron...) ainsi que par la psychologie anglo-saxonne et enfin par le développement de courants non psychanalytiques, comme le comportementalisme, la psychologie cognitive, ou encore la récente psychologie de la santé.



Comment peut se définir le modèle français ?

APPLICATION

La psychologie clinique en France et aux États-Unis

Du côté anglo-saxon, sous l'influence de l'APA, la psychologie clinique désigne avant tout un domaine d'intervention (auprès de personnes victimes d'un traumatisme, etc.). En France, la psychologie clinique renvoie avant tout à une méthode et une démarche qui va se trouver certes appliquée à un domaine d'intervention, mais ce dernier est secondaire, la méthode prévalant avant tout. Ainsi, la « psycho-oncologie » n'est pas officiellement reconnue en France, les personnes exerçant auprès de patients atteints de cancer étant avant tout considérées comme des psychologues cliniciens qui (secondairement) se trouvent exercer en oncologie. Aux États-Unis, on est avant tout « psycho-oncologue » (désignation par le domaine d'intervention), et de cette activité va découler un savoir considéré comme spécifique à ce domaine d'intervention.

Cette distinction est d'importance et explique par exemple que l'introduction de la « psychologie de la santé » en France ne s'est pas faite sans difficulté, avec notamment un ensemble de débats pour savoir si les étudiants qui suivaient cette filière devaient être considérés comme des psychologues cliniciens ou s'il s'agissait d'une nouvelle discipline bien distincte. En effet, créer une filière universitaire de « psychologie de la santé » revenait à suivre le modèle anglo-saxon (définir avant tout un domaine d'activité). Alors que jusque-là, les psychologues exerçant dans le champ de la santé suivaient une filière universitaire classique pour la France : DESS (actuellement master) de psychologie clinique pour acquérir une méthode et une démarche, puis « exporter » et « adapter » ce savoir pratique au champ de la santé.

À l'heure actuelle, le débat n'est pas encore tranché...

Les dimensions de la psychologie clinique



Bruno Bernier - Fotolia.com

Laboratoire de recherche.

L'opposition pourtant classique entre un courant de la psychologie clinique qualitatif/subjectif et un autre quantitatif/objectif interroge, car il paraît d'un dogmatisme dépassé.

En effet, un seul modèle à lui seul ne saura apporter une connaissance exhaustive de l'individu et de son fonctionnement psychologique, en tenant compte de toutes les dimensions qui interviennent (histoires personnelles, nature des interactions familiales, troubles cognitifs...). De ce point essentiel découle la nécessité de méthodologies variées, respectant la dimension clinique, mais qui s'appuient sur des techniques diverses (entretiens non directifs, tests psychométriques...).

Dans l'ensemble des grands champs de la psychologie, les cliniciens et cliniciens chercheurs essayent actuellement plus de développer des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives pour leurs champs. Citons par exemple les travaux de Drew Westen en psychanalyse, qui développe actuellement des questionnaires reprenant des dimensions transférentielles et contre-transférentielles, ou encore la façon dont l'IPA (*Interpretative Phenomenological Analysis*) vient nourrir par des données qualitatives les travaux en psychologie de la santé qui, jusque-là, s'appuyaient surtout sur des données chiffrées.

Également, une pratique ne saurait se concevoir sans la dimension de recherche universitaire, qui là aussi ne peut concerner que des objets d'étude cliniques, mais où une dimension plus fondamentale qu'appliquée peut parfois être nécessaire.

L'objet de la psychologie clinique

Nous le disions, quelle que soit la sensibilité considérée en psychologie clinique, il est important tant dans la pratique qu'en recherche que l'objet de l'intervention reste clinique.

Fondamentalement, l'objet premier de la psychologie clinique est l'*humain*, et très précisément l'humain engagé dans une histoire, la sienne, qui l'oblige à de multiples interactions, à une adaptation, et à produire un savoir sur lui-même.

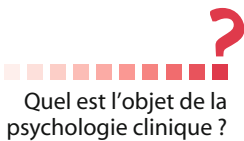
Il s'agit d'un être à la fois de nature et de culture, dont la dynamique psychique est en perpétuelle évolution.

La notion de psychisme

Il s'agit là d'une notion centrale en psychologie et paradoxalement, sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus. Le terme le plus approchant dans les différents dictionnaires de psychologie est celui « d'appareil psychique » qui renvoie à la métapsychologie freudienne.

On pourrait cependant comprendre le *psychisme* comme l'ensemble des éléments conscients et inconscients qui définissent l'identité objective et subjective du patient et qui lui permettent d'avoir une certaine conception du monde qui l'entoure, et enfin de lui donner accès à la perception de sa place dans ce monde, et du type d'interactions qui en découlent.

Le psychisme est très exactement ce que le psychologue clinicien prend en compte dans sa pratique au plus proche de l'humain. L'histoire du patient, ses interactions, son adaptation à diverses situations à la fois participent de sa vie psychique, mais aussi viennent la nourrir par de multiples expériences.



Quel est l'objet de la psychologie clinique ?

Focus

Le psychisme et la métaphore du « trou noir »

En astronomie existe la théorie des trous noirs qui permet d'expliquer des phénomènes astraux qui autrement, et en l'état des connaissances actuelles, ne sont pas explicables. Les trous noirs sont des astres hypothétiques qui pourraient engloutir toute matière à proximité, sans possibilité de retour. Le trou noir créerait également une perturbation de l'espace-temps (d'où l'idée que le trou noir permettrait un voyage instantané dans le temps). Aussi, observer directement un trou noir et savoir ce qu'il s'y passe réellement n'est pas possible (la lumière elle-même étant dans cette théorie absorbée par l'astre en question ; par définition, le trou noir est donc invisible). Seuls des signes indirects sont observables et mesurables.

Le psychisme est à l'image du trou noir : non observable ni mesurable directement. Il permet d'expliquer un certain nombre de conduites qui, sans cette hypothèse, seraient inexplicables. Son existence est par contre, pour les psychologues cliniciens, attestée par des signes indirects qui eux sont observables. Il s'agit de signes de nature variable comme la notion de souffrance, les lapsus, les incidences d'un traumatisme, etc. Certains de ces « signes indirects » du psychisme sont mesurables, notamment par des tests (comme celui des taches d'encre de Rorschach) ou des échelles (par exemple de personnalité).

II. PLACE DE LA CLINIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1. L'acte clinique

La rencontre avec le patient

Comme le désigne le terme « clinique », il s'agit d'une activité « au lit du patient », autrement dit de la rencontre avec un autre, humain. En psychologie clinique, cette rencontre exclut trois choses :

- les présupposés concernant le patient et ce dont il est éventuellement atteint ;
- les inférences insuffisamment étayées sur le fonctionnement psychique du sujet ;
- le placage des théories sur la personne du patient.

Autrement dit, le psychologue clinicien doit faire preuve d'une certaine naïveté concernant son patient, et doit être prêt à aménager sa théorie si elle ne correspond pas totalement à ce qui est observé chez le patient. « Aménager » ne signifie pas tout réinventer, mais à être prêt à décrire et donner du sens à des conduites ou à des processus qui ne correspondent pas nécessairement à la pureté d'un tableau clinique théorique et général.

EXEMPLES

Exemple 1 : au sein d'un fonctionnement qui sera globalement désigné comme relevant d'un trouble obsessionnel compulsif, on peut parfois relever un « noyau hystérique » qui, bien que n'appartenant pas à la même classe nosographique, permettra d'expliquer certains comportements du patient.

Exemple 2 : chez un patient atteint de troubles pervers, on peut parfois déceler quelques éléments névrotiques qui permettront par la suite d'envisager un travail psychothérapeutique véritable.

Ceci nécessite une grande rigueur de recueil des données et d'analyse, afin que les hypothèses de fonctionnement ou les conclusions concernant la dynamique psychique du patient ne soient le fruit que de ce qui a été relevé, et non de simples suppositions subjectives du praticien.

Place de la subjectivité dans l'acte clinique

L'une des caractéristiques de la psychologie clinique est qu'elle s'intéresse non seulement à ce qu'est un individu, mais surtout à ce qu'il est en situation, autrement dit à ce qu'il exprime à un moment donné de son histoire, et dans un contexte donné.

Alors que, par exemple, la psychologie expérimentale ou cognitive est plutôt à la recherche d'invariants de fonctionnement, la psychologie clinique se situe dans une analyse et une compréhension de *la variance des processus psychiques* chez un individu donné.

Il en découle que la psychologie clinique doit faire avec trois formes de subjectivité :

- la subjectivité du sujet qui énonce qui il est à un moment donné et son éventuelle problématique (perception et appréciation subjective) ;
- la subjectivité du praticien qui reçoit les informations et qui y réagit tant cognitivement, émotionnellement, qu'affectivement (cela va notamment jouer sur les relances qui peuvent être faites en entretien) ;
- la subjectivité inhérente à la situation elle-même et à l'interaction entre le patient (ou consultant) et le praticien. Ainsi, les circonstances d'entretien tout autant que la façon dont la relation est perçue par chacun des protagonistes sont susceptibles de faire varier les résultats qui seront obtenus.

Notamment ce qui donne une valeur scientifique à la psychologie clinique est que sa pratique va inclure *des méthodes* qui donneront une place à cette subjectivité, et permettront son analyse. Autrement dit, cette subjectivité se trouve incluse dans le processus clinique lui-même. Elle peut ainsi faire l'objet d'une analyse en tant que telle, venir moduler ou confirmer la portée de certaines informations recueillies, ou simplement être prise en compte initialement dans la détermination du cadre de la rencontre (recherche de standardisation).



Être à l'écoute, une caractéristique du psychologue clinicien.

2. La méthode clinique

Les différents niveaux de la méthode clinique

La méthode clinique désigne en fait deux niveaux différents qui ne se différencient pas par les outils utilisés, mais par l'*objectif* qui est fixé.

Le premier niveau est celui du recueil d'informations autour d'une problématique donnée. Ce recueil se fait *in vivo* (puisque l'on parle bien de clinique), et parfois dans des conditions au plus proche des circonstances où la problématique étudiée est susceptible d'apparaître.

EXEMPLES

Exemple 1 : un recueil d'informations autour des troubles de la relation mère/enfant peut se faire en centre de guidance infantile par observation directe et entretien.

Exemple 2 : une phobie du soin peut être l'objet d'une prise en charge psychologique ; elle se fera alors pendant l'hospitalisation du patient.



Oleg Kozlov - Fotolia.com

L'observation des interactions est l'une des clefs de la méthode clinique.

Le second niveau est l'analyse la plus exhaustive possible du cas, c'est-à-dire l'analyse holistique de la dynamique psychique d'un individu. Ce second niveau est celui visé notamment par les bilans complets de personnalité.

Quel que soit le niveau considéré, le psychologue clinicien dispose pour atteindre les objectifs fixés de *différents outils* : l'observation, l'entretien, les tests et les échelles. On parle de « clinique armée » ou de « clinique instrumentale » lorsque les données sont obtenues à l'aide de tests et d'échelles, et de « clinique aux mains nues » lorsque les données sont seulement recueillies par l'observation et l'entretien.

Ceci dit, il est difficile de faire de la « clinique armée » sans tenir compte des circonstances et de la forme de l'entretien. Ne pas tenir compte du contexte de passation d'échelles de compétences ou de tests de personnalités serait d'ailleurs une erreur conceptuelle et déontologique dans une activité de psychologue clinicien.



Lisa F. Young - Fotolia.com

La passation est en face à face, l'analyse a posteriori.

Focus

Méthode clinique *versus* expérimentale *versus* génétique

La méthode expérimentale vise à isoler des variables en laboratoire pour tenter d'établir un lien de causalité entre des événements externes ou internes au sujet, et des comportements observés. Une fois les études en laboratoire validées, on soumet les hypothèses ou constructions théoriques à l'épreuve des faits pour les valider définitivement. La méthode clinique au contraire tente une compréhension plus globale, sans isoler des variables de fonctionnement de tel ou tel individu ou groupe d'individu. Cependant, d'un questionnaire ou d'observations purement cliniques peuvent découler des protocoles expérimentaux (exemple : place du stress dans les comportements d'évitement). Également, les conclusions de l'approche expérimentale peuvent venir nourrir une activité clinique (par exemple, le processus de raisonnement chez les schizophrènes).

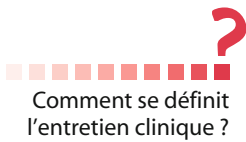


Psychologie génétique : branche de la psychologie qui s'intéresse aux processus de développement de l'enfant, du sujet adulte et âgé.



La méthode génétique vise à comprendre les conduites normales et pathologiques d'un individu, en fonction de son niveau de développement affectif, cognitif et moteur. Les méthodes génétique et clinique se rejoignent dans les analyses longitudinales d'un patient (évolution dans le temps en tenant compte des expériences de vie et compétences acquises). Par contre, la méthode génétique utilise également l'analyse comparative (comparaison des différents stades entre eux) et transversale (comparaison des manifestations communes à un même stade), ce qui « décentre » la question du sujet en tant qu'individu autonome et distinct. La méthode clinique par contre conserve irrémédiablement le sujet au centre de ses analyses.

Comme pour la méthode expérimentale, la méthode génétique peut se nourrir de l'approche clinique mais peut également lui apporter des éléments explicatifs certains. Un auteur « intermédiaire » entre ces deux approches est le français Henri Wallon.



Comment se définit l'entretien clinique ?

La « clinique aux mains nues »

L'entretien est la forme la plus courante de cette clinique particulière. Il peut se définir comme un échange langagier dont l'objectif est par avance fixé (évaluation, soutien, accompagnement...). Il s'agit donc d'un échange de discours qui va permettre de poser des hypothèses sur les faits relatés (récit de vie...), tout autant que faire l'objet d'une analyse en soit (le discours du patient peut être analysé pour ce qu'il est : structure, qualité des enchaînements d'idées, nature des mécanismes de défense...).

L'entretien permet donc un recueil pluriel, à la fois de données portant sur le sujet lui-même (dimensions de personnalité prévalentes...), mais aussi de données portant sur la vie du sujet et sur la façon dont ce dernier les appréhende subjectivement.

La place du psychologue dans l'entretien clinique est toujours active (relances de nature diverse) ; cette forme d'entretien est éminemment interactive, tout en favorisant autant que possible l'expression du patient. Le psychologue clinicien doit également aider le patient à maintenir ou à retrouver sa position de sujet, c'est-à-dire à ce que l'individu conserve une position active dans le processus de narration et s'implique dans le processus de construction du discours.

L'entretien clinique requiert un certain nombre de présupposés (cf. Bénony et Chahraoui, 2013), dont la plus connue est sans doute la notion de « neutralité bienveillante ». Il ne s'agit pas ici d'ignorer ses propres valeurs pour se tourner entièrement vers le système de croyances du patient, ou de mettre de côté les réactions que suscite une écoute parfois difficile du sujet, et de ce que cette écoute suscite chez le psychologue (effroi, tristesse, joie, souvenirs d'événements personnels similaires...). La neutralité bienveillante est *a contrario* une *identification* de ces éléments subjectifs présents



Gina Sanders - Fotolia.com

La prise de notes en entretien est une pratique courante.



Carl Rogers (1902-1987).

en entretien, tout en leur donnant une place qui n'empêchera pas le patient d'exprimer ce qu'il souhaite, et qui n'altérera pas la conduite de l'entretien vers les objectifs assignés.

Selon le champ théorique et conceptuel auquel le psychologue clinicien fait référence, la notion de « neutralité bienveillante » peut prendre d'autres désignations. En « langage rogérien » (de Carl Rogers (1968) ; courant humaniste), cette notion s'appelle « attention positive inconditionnelle ».

L'observation est le plus souvent corrélative à l'entretien clinique (par exemple, adjonction de l'analyse du non-verbal à la production langagière), mais peut néanmoins constituer une méthode à part entière (par exemple, observation dans une salle de jeu de l'interaction mère/enfant). Elle consiste à centrer son attention sur le patient, son expression et les interactions qu'il entretient lors d'une situation en cours.

L'observation peut être directe ou indirecte (enregistrement vidéo, par exemple), sous forme de recueil libre et exhaustif d'informations ou lors d'une action définie et/ou selon un plan d'analyse donné.

L'observation est considérée comme une méthode clinique valide en ce sens que les conduites observées sont la résultante de *la dynamique psychique globale* d'un individu et qu'elles expriment sa façon « d'être au monde », en fonction de qui il est à un moment donné de son histoire et d'une situation donnée.



Lisa F. Young – Fotolia.com

L'observation est toujours présente. Ici, une thérapie de couple.

EXEMPLES

Exemple 1 : l'observation est parfois l'unique outil d'analyse possible pour le clinicien. C'est le cas notamment dans la compréhension de certains troubles chez les nourrissons.

Exemple 2 : l'observation est indissociable du lieu où cette observation a lieu. Un patient hospitalisé n'aura pas toujours les mêmes expressions (au moins en intensité) que dans son milieu naturel de vie.

La « clinique armée »

L'ensemble des tests et échelles renvoie en psychologie clinique à la notion de *psychométrie*.

Ces instruments sont pléthores, et il est important de noter que la plupart sont juridiquement protégés : *seul un psychologue clinicien*, formé à en faire usage, peut les utiliser dans sa pratique. Ces tests sont disponibles auprès d'un organisme agréé, les Éditions du Centre de psychologie appliquée (ECPA), qui a autorité pour les vendre sur présentations du diplôme de celui qui en fait la demande.

L'objectif de ces instruments est double : faire apparaître ce qui n'est pas – ou difficilement – repérable au cours d'un entretien ; mais aussi obtenir des données fiables et valides sur certains aspects de la dynamique psychique d'un individu. Ils peuvent ainsi avoir valeur soit d'examen complémentaire pour enrichir les données cliniques autrement recueillies, ou bien être au centre d'un acte clinique donné, comme le bilan de personnalité.

Le test le plus connu est sans nul doute le test du quotient intellectuel (QI) dont l'origine est l'échelle métrique de l'intelligence qui a été créée à

Psychométrie : ensemble des méthodes d'évaluation utilisant des outils standardisés et scientifiquement validés permettant de mesurer des composantes psychologiques et au-delà, participant à la compréhension des phénomènes psychiques d'un sujet.

Www.

Site des ECPA :
<http://www.ecpa.fr>.

visée scolaire (dépistage des arriérations) par Alfred Binet et Théodore Simon en 1905.

Les tests d'intelligence sont de nos jours plus précis et plus nombreux. Nous pouvons par exemple citer la *Nouvelle Échelle métrique d'intelligence* (NEMI) de René Zazzo ou encore l'*Échelle d'intelligence* de David Wechsler pour adultes (WAIS) ou enfants (WISC).

Focus

Les tests de personnalité

Ces tests peuvent appartenir à deux catégories. Il peut s'agir d'inventaires de la personnalité (dimension psychométrique) ou bien des méthodes projectives.

Au rayon des inventaires de la personnalité, on trouve par exemple l'*Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota* (MMPI) en version longue ou abrégée, et qui permet d'établir des diagnostics, ou a minima les facilite grandement. Parmi les plus connus car faisant figure de précurseur, on trouve l'inventaire de personnalité d'Eysenck (EPI), qui détermine la personnalité selon de grands axes, comme l'introversion-extraversion. La méthode d'analyse est ici statistique.

Concernant les méthodes projectives, on trouve le *Thematic Apperception Test* de Murray (TAT) où le sujet doit bâtir un discours à partir de scènes représentées sur des planches ou encore le psychodiagnostic de Rorschach (trivialement appelé « test des taches d'encre »). Ici, le sujet doit dire ce qu'il voit.

La méthode d'analyse de ces deux tests est, dans une perspective psychodynamique, une analyse quantitative mais surtout qualitative du contenu du discours. Ils peuvent cependant être analysés selon d'autres méthodes. Ainsi, la méthode en système intégré de John Exner permet une lecture plus psychométrique et cognitive du test de Rorschach.

Enfin – est-il vraiment utile de le préciser ? – les tests de personnalités disponibles en presse grand public, voire dans des ouvrages de vulgarisation et de développement personnel, sont sans aucun fondement scientifique, quoiqu'en disent parfois leurs auteurs...

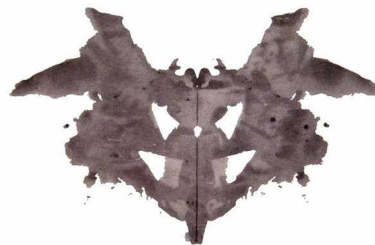


Planche I du Rorschach

Les instruments psychométriques doivent remplir trois conditions pour qu'elles soient acceptables en tant que mesure fiable :

- ils doivent être *valides*, c'est-à-dire bien mesurer ce qu'ils sont censés mesurer et uniquement cela ;
- ils doivent être *sensibles*, c'est-à-dire qu'ils doivent discriminer des individus différents et détecter des différences chez un même sujet lors des passations répétées dans le temps (note : le niveau de sensibilité dans le temps est variable d'un instrument à l'autre) ;
- ils doivent être *fidèles*, c'est-à-dire fournir le même résultat quel que soit le praticien qui les fait passer, et la répétition presque immédiate de l'instrument doit donner le même résultat.

Focus Les échelles d'évaluation

Alors que les tests de personnalité permettent de situer un sujet par rapport à un groupe donné, les échelles d'évaluation donnent une note concernant une dimension donnée (par exemple, le niveau de dépression). Elles permettent pour certaines de faire la part des choses entre un « trait » (composante transitoirement présente) et un « état » (composante psychologique permanente). Par exemple : anxiété trait *versus* anxiété état.

Certaines échelles sont remplies par le sujet (auto-évaluation) alors que d'autres sont remplies par le praticien en lien clinique avec son patient (hétéro-évaluation).

Au « rayon » de la dépression, on peut citer deux échelles parmi les plus utilisées : la *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) et le *Beck Depression Inventory* (BDI). L'utilisation de ces échelles peut se justifier du fait que s'il est relativement aisé de reconnaître un état dépressif chez un sujet au cours d'un simple entretien, pour autant l'intensité de ce trouble de l'humeur n'est pas toujours évidente à évaluer sans l'aide de ces instruments.

L'étude de cas

Elle constitue l'aboutissement de très nombreuses pratiques cliniques, à tel point que certains auteurs en font même une méthode clinique à part entière, tout en ne la reconnaissant pas comme équivalente aux autres méthodes, comme l'entretien (cf. Pedinielli et Bénony, 2001). L'étude de cas consiste à *singulariser* à l'extrême un patient, porteur d'une problématique donnée.

Il ne s'agit pas ici de mener un entretien pour déterminer la nature d'un problème dont souffre un patient, mais d'une méthode d'analyse plus complète qui mène à décrire la vie psychique du patient, sa situation, ses difficultés, mais aussi de recueillir de plus exhaustivement possible l'ensemble des données (notamment d'anamnèse) qui permettent d'expliquer l'origine de ce qui est observé ainsi que son évolution.

Il s'agit donc d'une méthode dont l'objectif est d'aller bien au-delà des autres contextes possibles (comme le bilan de personnalité) en ce qu'elle met en avant une certaine logique de fonctionnement, en plus de la question du sens des éventuels troubles présentés.



Julien Tromeur – Fotolia.com

Également, l'étude de cas est la méthode la plus en lien avec *la démarche thérapeutique* auprès d'un patient. Il s'agit ici plus de comprendre avant tout l'individu que son problème.

III. LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1. Qu'est-ce qui relève du pathologique ?

La méthode clinique et ses outils ont notamment pour objectif de pouvoir définir ce qui, chez un individu, relève de processus normaux et de processus pathologiques (dans le sens de ce qui met à mal sa dynamique interne et altère son adaptation au monde de façon inquiétante pour lui ou pour les autres).

Plusieurs conceptions du pathologique existent et ont un poids variable d'une culture et d'une époque à l'autre.

Ainsi, la conception *animiste* (le mal est externe et effracte le sujet qui est débordé par lui) a longtemps prévalu dans nos sociétés, avec notamment l'approche démonologique.

Également, le modèle expliquant la pathologie par une *lutte entre éléments contraires* était présent en médecin hippocratique, et le reste en médecine chinoise. On pourrait d'ailleurs inclure dans cette conception une certaine dimension de la psychanalyse, qui théorise notamment autour de la notion de conflits internes.

C'est encore la conception *positiviste* dont Auguste Comte est le fondateur, mais que l'on retrouve aussi dans une certaine mesure dans les classifications internationales telles que la CIM.

Il revient à dire de cela que la conception du normal et du pathologique est une question qui ne possède pas de réponse absolue. Elle est cependant importante en psychologie clinique et demande une certaine visibilité car les conceptions utilisées, les théories de référence et les outils utilisés par un psychologue renvoient à une certaine compréhension de l'autre. Et d'une certaine manière, le *background* du professionnel, ses choix de méthodes, renvoient à sa conception de l'autre et de la question de ce qu'il va observer, évaluer et comprendre comme quelque chose de normal ou de pathologique.

2. Perspective de Canguilhem

Le philosophe Georges Canguilhem (1904-1995) fait remarquer qu'il existe une ambiguïté au terme « normal » qui peut renvoyer soit à une notion *statistique* (être dans la norme), soit à un *idéal* (une forme parfaite). La question est ici de taille, puisqu'elle correspond à deux visions différentes des choses, et même à deux conceptions qui semblent s'opposer dans le champ de la psychopathologie.

Animisme : système de pensée qui attribue une âme à tous les éléments de la nature. Cette âme peut être un esprit, notamment dans certaines croyances religieuses dites primitives. Par extension, l'animisme est la tendance à considérer les objets comme vivants et possédant des intentions.

Positivisme : pensée qui se caractérise par le refus de toute spéculation métaphysique et qui place les faits et leurs relations comme seuls objets de connaissance scientifique.

CIM : Classification internationale des maladies, ainsi que des problèmes de santé connexes. Cette classification est élaborée en fonction de données statistiques.

Soit la notion de « normal » renvoie à des lois, notamment statistiques, ce qui suppose l'existence d'invariants psychologiques par rapport auxquelles on va situer l'individu (le pathologique désignant alors l'écart quantitatif ou qualitatif par rapport à une norme donnée). Soit on suppose que le normal renvoie avant tout au *rapport* qu'un patient entretient avec lui-même et son environnement (le pathologique désignant alors avant tout une différence de vécus).

Pour Canguilhem, il n'existe pas de différence pure entre la notion de normalité et celle de pathologique. En effet, le pathologique renferme quelque chose de l'ordre de la normalité, en ce sens qu'il renferme quelque chose de l'ordre d'une *normativité* qui lui est propre. Pour cet auteur, quelle que soit la façon dont la vie est vécue, elle fonctionne selon des normes plus ou moins marquées.

Pour autant, Canguilhem postule que ce que l'on nomme « normal » n'est pas dans une continuité avec le pathologique. Il écrit : « L'état physiologique n'est pas, en tant que tel, ce qui se prolonge identiquement à soi, jusqu'à un autre état capable de prendre alors, inexplicablement, la qualité de morbide » (Canguilhem, 1966). Le terme de normal est donc impropre, donne presque lieu à quelque chose qui ne peut être pensé en tant que telle. Il vaut mieux réfléchir en terme de normativité (dont peut faire partie ce que l'on nomme pathologique).

Par ailleurs, une anomalie n'est pas forcément pathologique, dans le sens où elle ne donne pas forcément lieu à un *dérèglement* physique, psychique ou social. Il s'agit donc, quand on parle de « normal » d'aller voir du côté du rapport normatif d'ajustement qu'un individu entretient avec son milieu.

Enfin, pour Canguilhem, c'est l'individu et lui seul qui peut se vivre comme malade ou non (notion de santé), peut se dire normal ou non. Autrement, à la subjectivité des termes évoqués correspond la subjectivité intrapsychique. Pour autant, cette appréciation possède une limite, les patients qui ont une conscience d'eux-mêmes altérés.



Georges Canguilhem
(1904-1995).

EXEMPLES

Exemple 1 : un patient VIH+ peut se dire en bonne santé parce qu'il est asymptomatique et ne possède pas de perturbations sociales, personnelles, etc., en lien avec sa sérologie positive au virus du sida. Ce, même si médicalement il est atteint d'une maladie.

Exemple 2 : un patient à délire de persécution se dira également normal et en bonne santé. Sa perception biaisée de la réalité ne lui permettant pas d'avoir une visibilité sur les éléments pathogènes à l'œuvre.

3. Considérations générales

Il est bien difficile de supposer une barrière étanche entre processus normaux et pathologiques. Ainsi, certaines phobies participent de l'organisation de la personnalité, et accompagnent le développement d'un individu (par exemple, phobie du noir chez le petit enfant).

Ces concepts sont donc très relatifs et donnent lieu à de multiples débats.

Dans le domaine de la psychologie clinique et de la Psychopathologie, la réflexion est surtout axée autour des processus dynamiques du psychisme (dont, la personnalité) et autour de la question d'un retour possible à un certain équilibre pour un patient donné (ce qui est l'un des objectifs possibles des psychothérapies). Dans cette perception, il s'agit principalement de reconnaître les symptômes, d'en évaluer les incidences et leurs fonctions, et de les rapporter à une structure pour en comprendre les mécanismes, voire leur donner du sens.



Velusarriot - Fotolia.com

Les phobies nocturnes sont courantes durant l'enfance.

Focus

La notion de structure selon Bergeret



Jean Bergeret (né en 1923)

Le psychanalyste Jean Bergeret postule une certaine continuité entre processus normaux et pathologiques, qu'il lie dans une perspective génétique (développement psycho-affectif). Pour lui, « l'homme normal » est celui qui maintient une certaine souplesse dans ses processus psychiques et adaptatifs (à soi et à l'environnement).

Très exactement, Bergeret désigne par le terme de « structure » le mode d'organisation psychique d'un individu. Il s'agit d'une organisation primaire, de base et dynamique. La structure est en lien avec la façon dont un individu s'adapte à une réalité et lui donne une certaine cohérence. Les deux structures de base sont la structure névrotique et la structure psychotique, et ne signent en aucun cas la psychopathologie.

Elles permettent une adaptation normale et équilibrée de l'individu par rapport à son univers. Cependant, si l'environnement devient trop source d'exigence pour l'individu et le déborde, la structure devient instable ; elle se décompense et donne naissance à des conduites cette fois pathogènes et destructrices.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Quels sont les fondateurs de la psychologie clinique ? 4

La première référence est américaine, il s'agit de **Lightner Witmer** (1867-1956). À la fois du fait de sa *Psychological Clinic*, où il prend en charge des enfants avec un handicap physique ou mental, mais aussi de la conférence qu'il donna en 1896 à l'*American Psychological Association* où il emploie les termes de « psychologie clinique » et de « méthode clinique en psychologie », et enfin de son ouvrage *Clinical Psychology* en 1908. La deuxième référence est française, il s'agit de **Pierre Janet** (1851-1947). Il développa dans sa pratique et son œuvre une démarche qualifiée aujourd'hui de clinique. Le troisième auteur est également cité du fait de la démarche qu'il utilisa, il s'agit de l'Autrichien **Sigmund Freud** (1856-1939), père de la psychanalyse.

En France après-guerre, **Daniel Lagache** (1903-1972) est l'auteur associé à la naissance de la psychologie clinique du fait de sa conférence présentée en 1949 au Groupe de l'évolution psychiatrique. Il faut y adjoindre les travaux de **Juliette Favez-Boutonier** (1903-1994), et l'inscription universitaire de la psychologie clinique qu'elle permit.



Comment peut se définir le modèle français ? 7

Au-delà des liens étroits entretenus entre la psychologie clinique et la psychanalyse, il faut noter un certain nombre de singularités d'approche par rapport au modèle anglo-saxon (où la psychologie clinique désigne avant tout un domaine d'intervention, comme la psychoncologie). Le modèle français renvoie avant tout à une méthode et une démarche bien définie (entretien, observation, tests...). Le domaine d'intervention n'est ici que secondaire.



Quel est l'objet de la psychologie clinique ? 8

L'objet premier de la psychologie clinique est l'humain, et très précisément l'humain engagé dans une histoire, la sienne, qui l'oblige à de multiples interactions, à une adaptation, et à produire un savoir sur lui-même. L'ensemble

des définitions (Lagache, Favez-Boutonier...) renvoie à cette dimension fondamentale.



Comment se définit l'entretien clinique ? 12

L'entretien clinique peut se définir comme un échange langagier dont l'objectif est par avance fixé (évaluation, soutien, accompagnement...). Il s'agit d'un échange de discours qui va permettre de poser des hypothèses sur les faits relatés (récit de vie...), tout autant que faire l'objet d'une analyse en soit (le discours du patient peut être analysé pour ce qu'il est : structure, qualité des enchaînements d'idées, nature des mécanismes de défense...).

L'entretien clinique permet :

- un recueil de données portant sur le sujet lui-même (dimensions de personnalité prévalentes...) ;
- un recueil de données portant sur la vie du sujet et sur la façon dont ce dernier les appréhende subjectivement.

Lectures conseillées

Pour commencer

BÉNONY H., CHAHRAOUI K. (2013). *L'Entretien clinique*, Paris, Dunod.

DOUVILLE O. (dir). (2014). *Les Méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod, nouvelle présentation.

PEDINIELLI J.-L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Armand Colin (4^e éd.).

PEDINIELLI J.-L., FERNANDEZ L. (2015). *L'Observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Armand Colin (3^e éd.).

PERRON R. (dir). (2006). *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.

Pour aller plus loin

CHAHRAOUI K., BÉNONY H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris, Dunod.

CHILAND C. (1985). *L'Entretien clinique*, Paris, PUF.

LAGACHE D. (1949). *L'Unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris, PUF, 2004 (7^e éd.).

Et aussi...

KELLER P.H. (2006). *Le Dialogue du corps et de l'esprit*, Paris, Odile Jacob.

Webographie

Www. SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PSYCHOLOGIE

La Société française de psychologie est née en 1901 (alors nommée Société de psychologie ; elle prendra son nom définitif en 1941). La SFP est la seconde société savante de psychologie constituée à travers le monde, après l'American Psychological Association créée en 1892.

<http://www.sfpsy.org/>

Www. HISTOIRE DE LA PSYCHOLOGIE

« Psychologia » est une bibliothèque numérique pour l'histoire de la psychologie. Permet également l'accès à la revue en ligne : « psychologie et histoire ».

<http://histoire.psychologie.googlepages.com/home>

Www. RECHERCHE DE TEXTES ANCIENS

« Gallica » est une autre bibliothèque numérique, cette fois généraliste (celle de la Bibliothèque nationale de France). De nombreux ouvrages de psychologie y sont numérisés.

<http://gallica.bnf.fr>

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n’y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Le terme de « clinique » désigne :
 - ☐ un acte psychologique effectué en institution de santé.
 - ☐ une méthode qui a primitivement existé en médecine.
 - ☐ toute connaissance obtenue par des études *in vitro*.
2. Au XVIII^e et XIX^e siècles, ce qui a permis l’avènement de la psychologie clinique (I) :
 - ☐ le renouvellement progressif du statut de malade.
 - ☐ l’abandon des théories sociales de la maladie mentale.
 - ☐ l’apparition des premières pharmacopées pour les « fous ».
3. Au XVIII^e et XIX^e siècles, ce qui a permis l’avènement de la psychologie clinique (II) :
 - ☐ l’assimilation des pathologies mentales à des faits physiques.
 - ☐ le positionnement de l’individu au centre des expertises.
 - ☐ la reconnaissance du titre d’aliéniste.
4. Au XVIII^e et XIX^e siècles, ce qui a permis l’avènement de la psychologie clinique (III) :
 - ☐ le développement des techniques d’entretien clinique.
 - ☐ le développement des techniques de l’observation.
 - ☐ le développement des premiers tests psychométriques.
5. Les « pères fondateurs » de la psychologie clinique étaient :
 - ☐ tous médecins.
 - ☐ tous philosophes.
 - ☐ tous aliénistes.
6. Sigmund Freud :
 - ☐ a défini le terme de « clinique ».
 - ☐ utilisait peu le terme de « clinique », il le réservait plutôt à la pratique médicale.
 - ☐ s’est détaché de la psychologie clinique pour fonder la psychanalyse.
7. L’APA désigne :
 - ☐ l’American Psychological Association.
 - ☐ l’American Parental Association.
 - ☐ l’American Psychoanalytic Association.
8. « L’étude de la conduite humaine individuelle et de ses conditions (hérédité, maturation, conditions physiologiques et pathologiques, histoire de la vie), en un mot, l’étude de la personne totale “en situation” » est une définition de la psychologie clinique par :
 - ☐ Juliette Favez-Boutonier.
 - ☐ Didier Anzieu.
 - ☐ Daniel Lagache.

9. En France, la psychologie clinique désigne :
 - ☐ un type d'exercice professionnel.
 - ☐ une méthode professionnelle.
 - ☐ la pratique psychologique d'obédience analytique.
10. L'étude des « conduites normales et pathologiques » revient, selon Lagache :
 - ☐ à la psychologie clinique.
 - ☐ à la psychiatrie.
 - ☐ aux deux domaines ; la méthode va différencier les deux approches.
11. Juliette Favez-Boutonier a :
 - ☐ mis l'accent sur la notion d'intersubjectivité en psychologie clinique.
 - ☐ favorisé l'apprentissage des tests et échelles de mesure clinique à l'université.
 - ☐ prôné un rapprochement entre psychologie sociale et psychologie clinique.
12. Jean-Louis Pedinielli refuse :
 - ☐ une psychologie clinique qui ne soit pas objectivante.
 - ☐ une psychologie qui ne puisse s'ouvrir à une démarche objectivante.
 - ☐ toute démarche objectivante en psychologie clinique.
13. La psychologie clinique actuelle :
 - ☐ devient ce que l'on nomme « psychologie de la santé ».
 - ☐ s'ouvre vers d'autres champs que la psychanalyse.
 - ☐ reste une branche de la psychologie psychodynamique.
14. Les liens entre psychanalyse et psychologie clinique s'inscrivent :
 - ☐ dans un courant dit des sciences de la vie.
 - ☐ dans un courant dit de la subjectivité relative.
 - ☐ dans un courant dit humaniste.
15. La naïveté du clinicien qui rencontre son patient désigne :
 - ☐ une attitude qui doit favoriser les inférences « dans l'ici et maintenant ».
 - ☐ une attitude d'écoute qui met les présupposés à distance.
 - ☐ une qualité de personnalité nécessaire pour pratiquer.
16. La subjectivité en psychologie clinique :
 - ☐ est à relever et isoler dans la pratique.
 - ☐ est ce que la psychologie clinique doit venir quantifier.
 - ☐ est un élément incontournable de la pratique.
17. La psychologie génétique :
 - ☐ désigne le domaine de la psychologie clinique qui s'intéresse à l'inné.
 - ☐ est une autre discipline de la psychologie qui peut interagir avec la psychologie clinique.
 - ☐ est le domaine de la psychologie clinique qui s'intéresse au développement de l'enfant.
18. Le terme de « neutralité bienveillante » :
 - ☐ désigne le fait que le clinicien est sans jugement.
 - ☐ désigne l'attitude où l'on ne s'intéresse qu'aux valeurs du patient.
 - ☐ ne désigne aucun de ces deux points.
19. La « psychologie armée » désigne :
 - ☐ les échelles psychométriques.
 - ☐ les tests projectifs.
 - ☐ notamment les deux catégories d'outils précédents.

20. Pour Georges Canguilhem :

- ☐ le pathologique renferme quelque chose de l'ordre de la normalité.
- ☐ il existe une continuité entre normal et pathologique.
- ☐ le normal renvoyant à une norme statistique, par nature tout est pathologique.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Donnez la signification des acronymes suivants :

ECPA	
WAIS	
WISC	
NEMI	
MADRS	
BDI	
TAT	
EPI	
MMPI	
QI	

Exercice 2 : La dialectique entre le normal et le pathologique laisse-t-elle une place à la culture ?

Exercice 3 : En quoi l'entretien clinique est-il à la fois une méthode d'investigation et un processus dynamique, possiblement thérapeutique ?



SPÉCIFICITÉ DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

La psychologie clinique n'est pas la seule discipline à avoir élaboré un savoir autour du fonctionnement psychique, notamment pathologique, donnant lieu à des pratiques. On pourrait par exemple citer la psychanalyse, la psychiatrie, ou encore la psychologie comportementale et cognitive. Si parfois les théories élaborées dans ces différents champs paraissent inconciliables, pour autant elles possèdent de nombreux intérêts communs (par exemple, comprendre la maladie mentale). Parfois aussi, ces disciplines se retrouvent sur certains concepts (comme l'existence d'éléments qui ne sont directement accessibles à la conscience d'un individu). Il paraît de ce fait difficile de vouloir cerner la psychologie clinique sans s'intéresser aux principaux territoires qui lui sont connexes.

Définitions

Psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale s'intéressant aux maladies mentales (diagnostic, pronostic, traitement). Autant que possible, la psychiatrie s'intéresse également à la prévention des maladies mentales.

Psychopathologie

Au sens strict, la psychopathologie désigne la description, l'étude et la compréhension des fonctionnements désignés comme anormaux, qu'ils relèvent d'une maladie mentale ou non. La psychopathologie est une discipline à part entière, transversale à la psychiatrie, à la psychologie clinique et à la psychanalyse.

Psychanalyse

La psychanalyse désigne un champ de savoir qui pose l'hypothèse de l'inconscient et qui recouvre trois domaines : une technique d'investigation psychologique, la pratique psychothérapeutique que permet cette technique et la constitution d'un corpus théorique rendant compte du fonctionnement normal et pathologique de la vie psychique.

I. LA PSYCHIATRIE

1. Éléments historiques

Une jeune science

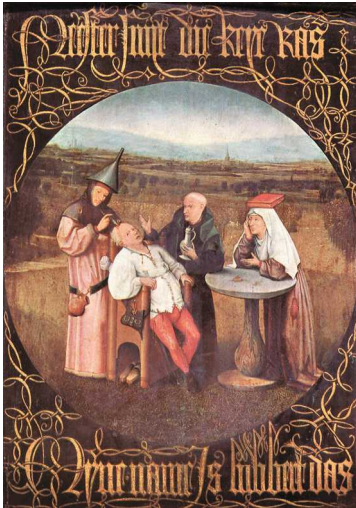


Saint-François Borgia pratiquant un exorcisme (Francisco de Goya, 1788).

Les maladies mentales ont toujours trouvé une explication. Pendant plusieurs siècles, avec une culminance au Moyen Âge, cette explication a été mêlée au divin ou à l'ésotérisme (confusion entre discours médical et théologique faisant des « fous » des hérétiques, autrement dit des pactiseurs avec le diable).

Mais si l'on sort de l'attrait pour les explications données suivant les époques, on peut remarquer que des nosographies psychiatriques existaient déjà dans l'Antiquité (Hippocrate, Galien...), avec parfois des termes toujours d'actualité, même s'ils ne désignent pas forcément les mêmes entités qu'actuellement (mélancolie, démence...).

On peut dire qu'en fait, le savoir psychiatrique ne s'est réellement constitué qu'à l'aube du XIX^e siècle (le mot « psychiatrie » a été forgé en 1808 par Johann Christian Reil). En particulier, suite à un rapport d'Esquirol en 1818, la loi du 30 juin 1838 va fixer l'existence des hôpitaux psychiatriques, ainsi que les modalités de placement des patients (couramment appelés « aliénés ») dans ces institutions



Extraction de la pierre de folie
(Jérôme Bosch, 1475-1480).

(il faudra attendre la loi du 27 juin 1990 pour que celle de 1838 soit modifiée).

Une situation qui fait suite à ce que Michel Foucault nommait « le grand renfermement » au XVIII^e siècle, correspondant au développement des hôpitaux généraux sous Louis XIV pour des raisons économiques mais aussi morales (proximité entre « les fous » et « les vénériens »), mais qui fait suite également à un vrai désir de classification, presque de taxonomie, des pathologies mentales et des patients qui en étaient atteints. On peut notamment lire cela dans le soin qu'a mis le célèbre neurologue Jean-Martin Charcot (1825-1893) à établir une

classification très ordonnée et précise des différents niveaux d'hystérie, en appliquant la méthode *anatomo-clinique* de Laënnec au champ des pathologies mentales.

EXEMPLE

La nosologie « classique » de l'allemand Emil Kraepelin (1856-1926) continue à marquer les classifications actuelles, notamment dans le champ des troubles bipolaires mais aussi de la psychose (paranoïa, démence précoce – future schizophrénie – etc.). Il s'attacha notamment à comprendre l'évolution des maladies et sa démarche objective a ouvert une méthode que l'on retrouve notamment avec la psychopathologie dite athéorique actuelle.

Philippe Pinel (1745-1826) illustre parfaitement cette transition entre le XVIII^e et le XIX^e siècle, qui se poursuit par la suite comme nous venons de le voir notamment avec Charcot. D'une part car il est à l'origine d'une importante *classification des troubles mentaux* (1801 : *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*), également car il mit en place un « traitement moral » appliqué notamment à ses patients sur l'hôpital de Bicêtre, et enfin car avec son infirmier en chef, Jean-Baptiste Pussin, il libéra les aliénés de leurs chaînes, et participa à l'ouverture vers une psychiatrie plus humaine.

Plaque commémorative en hommage à Jean-Baptiste Pussin, restaurée par le service technique de l'hôpital Bicêtre (AP-HP) et installée à l'entrée de l'hôpital le 2 février 2007.



communication hôpital Bicêtre/AP-HP/2007).



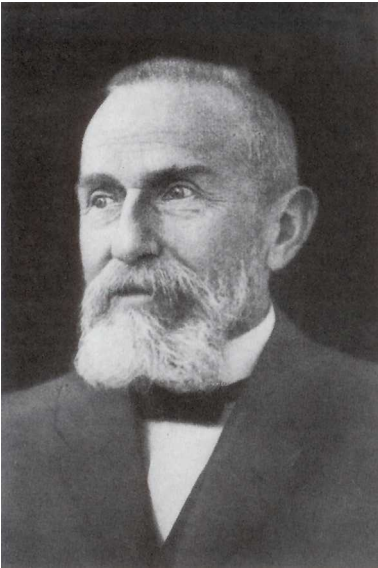
La chaise tranquillisante du docteur Benjamin Rusch (1811).



Que nomme-t-on
« grand
enfermement » ?



Emil Kraepelin (1856-1926).



Eugen Bleuler (1857-1939).

D'une certaine façon, on pourrait situer l'approche de Sigmund Freud (1856-1936) dans cette perspective humaniste, où le sujet allait être replacé au « centre des débats ». Il créa, comme nous y reviendrons, la psychanalyse qui fait partie des conceptions « dynamiques », par opposition avec l'approche de la maladie mentale qu'eut par exemple Kraepelin. L'une des grandes originalités de Freud a été de proposer une explication des névroses, au moment où la psychiatrie était surtout intéressée par les psychoses et de centrer l'explication de certains troubles autour de problématiques psychiques alors que d'autres y voyaient un substratum physique (comme dans l'hystérie). Et si Eugen Bleuler (1857-1939), qui créa les termes de « schizophrénie » et d'« autisme », était surtout intéressé par les mécanismes de la pathologie mentale, Freud eut lui un intérêt certain pour tenter de comprendre le sens de ces mêmes pathologies pour le patient.

L'essor des conceptions dynamiques se poursuivit avec Karl Jaspers (1883-1969) et une approche plus phénoménologique qui donna lieu à un courant très important dont certains des principaux tenants seront Binswanger, Minkowski ou encore Tellenbach.

Du xx^e siècle à nos jours

La psychiatrie connut un développement important au xx^e siècle, par l'introduction de thérapeutiques spécifiques. Ceci permit notamment de bien différencier cette discipline d'autres, comme la neurologie (scission définitive en 1969). Parmi les thérapeutiques en question, nous pouvons bien sûr citer la malariathérapie de Wagner-Jauregg (qui lui valut le prix Nobel) ou encore les électro-chocs de Cerletti, qui rapidement remplaça l'injection de cardiazol (pentetrazol) mise au point par Meduna en 1935 (après avoir essayé le camphre). Certaines de ces méthodes donnaient lieu à de réels succès thérapeutiques, malgré des présupposés théoriques faux ou simplement des interprétations erronées issues de l'observation clinique.

EXEMPLES

Exemple 1 : Ladislav Joseph von Meduna était convaincu d'un antagonisme entre épilepsie et schizophrénie, n'ayant jamais observé un patient être l'un et l'autre à la fois. L'injection de cardiazol (métrazol aux États-Unis) avait pour but de créer artificiellement une crise épileptique pour guérir de la schizophrénie.

Exemple 2 : Manfred Sakel, en 1933, observa que les patients, suite à un coma insulinaire, étaient confus et agités. Il préconisa alors des comas insulinaires chez les patients schizophréniques avec un comportement renfermé, voire catatonique, pour les « ouvrir » aux soignants et ainsi permettre le contact.

Parmi ces méthodes, seule l'*électroconvulsivothérapie* (électrochocs ou ECT) est encore parfois utilisée de nos jours, notamment dans certains cas de dépression grave et qui ne répond pas aux antidépresseurs. Mais c'est surtout les thérapeutiques pharmacologiques qui bouleversèrent la pratique psychiatrique dès leur découverte, principalement après la Seconde Guerre mondiale (neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques).

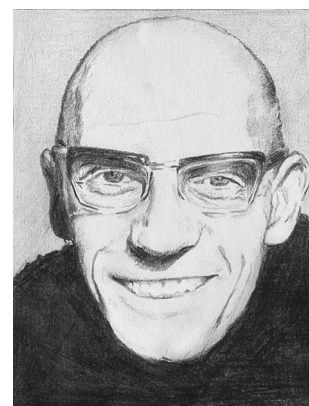
La période d'après-guerre a également vu toute l'organisation de la psychiatrie se remodeler. L'opposition plus ou moins ouverte entre la psychiatrie de secteur et la psychiatrie institutionnelle trouve une voie de résolution

par la circulaire du 15 mars 1960, qui définit la prévention comme le suivi des patients en ordonnant un réel maillage sanitaire dans le champ mental partagé entre différents lieux (hôpitaux, dispensaires, visites à domicile...).

Cependant, et en partie du fait de la sectorisation instituée, les années soixante virent également l'éclosion du mouvement dit de l'antipsychiatrie, qui dénonce les conceptions classiques en psychiatrie, pour privilégier une pensée qui soulignerait la *dimension créatrice de la folie* tout en pointant du doigt la psychiatrie comme étant non une entreprise médicale mais plutôt politique, qui ajoute à l'aliénation mentale une aliénation sociale. Les tenants de l'antipsychiatrie sont par exemple Ronald Laing, David Cooper ou encore Aaron Esterson. En France, les « antipsychiatres » s'inspiraient beaucoup des écrits de Michel Foucault.

Les années soixante-dix et suivantes voient l'essor de la psychiatrie dite biologique d'une part du fait des progrès de la pharmacologie dans ce secteur de pratique, mais aussi – à partir des années quatre-vingt-dix – du fait des progrès dans le domaine des *neurosciences* et (dans une moindre mesure) de la génétique. Ainsi, pour certains troubles, la dimension de l'organicité est clairement démontrée comme participative au moins de l'évolution des pathologies, si ce n'est dans les causes mêmes de certaines maladies mentales (même si cela est beaucoup plus sujet à questionnement).

Également, et toujours depuis les années soixante-dix, la psychiatrie a vu un très important développement des champs cognitif, comportemental et systémique dans ses pratiques. Ce développement s'est curieusement construit en opposition avec les conceptions dynamiques (psychanalyse, phénoménologie, existentialisme...) ce dont témoignent notamment les évolutions, voire les revirements, dans la construction des différentes éditions du DSM.

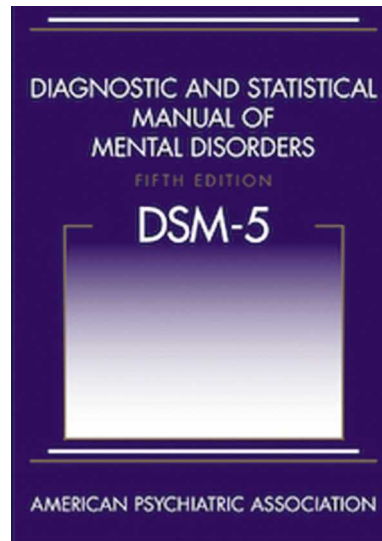


Michel Foucault
(1926-1984).

Focus L'évolution du DSM

La première édition par l'Association américaine de psychiatrie du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) date de 1952, et on peut y voir le reflet de l'approche qui privilégie les réactions de la personnalité à des facteurs pouvant être biologiques, psychiques et/ou sociaux plutôt que considérer les déterminants physio-biologiques ou constitutionnels. Suit la deuxième version en 1968, avec un souci d'adaptation à la classification de l'OMS (CIM). Des critiques se font jour, relevant la difficulté d'obtenir un consensus dans le diagnostic des pathologies mentales qui soit fiable et valide indépendamment des psychiatres évaluateurs et des théories psychopathologiques sous-jacentes. Obtenir un « langage commun » semble alors la seule voie à privilégier. Le DSM-III (1980, version révisée : 1987) est alors forgé, et tend fortement à ne plus être un manuel diagnostique à usage clinique, mais une classification épidémiologique qui va servir plus amplement la recherche. Enfin, le DSM-IV apparaît en 1994 (version révisée : 2000) et tente de « rectifier le tir » : tout en prônant un athéorisme étiologique, il se présente comme un manuel de psychiatrie que l'on a complété avec une partie thérapeutique. Les diagnostics se font uniquement à partir de l'observable du patient, et peuvent ici être menés par des non spécialistes du champ mental (en opposition avec la version révisée du DSM-III qui rappelait la nécessité d'une solide formation clinique et spécialisée). Par ailleurs, de cent quarante-cinq troubles pour le DSM-I, on est passé à plus de quatre cents pour le DSM-IV. Le DSM fait référence mondialement mais est aussi l'objet de très nombreuses critiques. Outre sa difficulté pratique en clinique pure, ce qui est couramment décrié est la surmédicalisation des troubles, mais aussi une certaine





Couverture de la dernière version du DSM.

lité (voir chapitre 9), une prise en compte plus importante des aspects développementaux, des aménagements dans les catégories (par exemple, dans les troubles de l'humeur, ou encore pour le TOC et les troubles psychotraumatiques qui ne sont plus classés dans les troubles anxieux), l'apparition de « nouveaux » troubles : les accès hyperphagiques ou le jeu d'argent pathologique par exemple.

éviéction de la notion de souffrance psychique. Toute la question du sens de la pathologie est mise de côté, au profit d'un « étiquetage » des patients et d'une catégorisation parfois excessive qui ne reflète pas toujours la richesse des tableaux cliniques rencontrés. La pluralité des thérapeutiques possibles est aussi très appauvrie, laissant une large place à la pharmacologie. Cependant, le DSM actuel a atteint les objectifs fixés : il donne un langage commun aux spécialistes du monde entier, et se trouve être un excellent support pour les recherches.

La dernière version (DSM-5) vient d'être traduite en français (2015). Il n'y a pas de rupture majeure avec les précédentes versions, mais des modifications qui font déjà l'objet de discussions et de controverses (cf. chapitre 8, la question du deuil). On y relève l'introduction timide d'évaluations dimensionnelles, notamment dans les troubles de la personnalité

ACTUALITÉS de la vie publique

Psychiatrie : le plan Santé mentale 2005-2008

(jeudi 10 février 2005)

Le ministre de la Santé a présenté, le 4 février 2005, les grandes orientations du plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. Le plan fixe quatre priorités : l'investissement financier (triplément des aides prévues pour la psychiatrie par le plan "Hôpital 2007"), les moyens humains (moratoire sur les fermetures de lits dans les services psychiatriques, hausse du nombre d'internes en psychiatrie), l'amélioration de la formation des infirmiers et le développement des alternatives à l'hospitalisation. Deux programmes spécifiques visent les soins psychiatriques en prison et la prise en charge de la dépression ainsi que la lutte contre le suicide.

La préparation de ces orientations a été accélérée après le drame survenu mi-décembre à l'hôpital psychiatrique de Pau. La situation française, décrite en annexe du document de travail, révèle que la densité de professionnels de santé exerçant en psychiatrie en France se situe parmi les plus élevées d'Europe avec 13 200 psychiatres (soit 13 % des spécialistes), avec un déséquilibre dans la répartition géographique et entre les secteurs public et privé. Doté d'un milliard d'euros sur 5 ans, dont 750 millions d'investissements pour les hôpitaux psychiatriques, ce projet sera soumis à concertation avant de se traduire par un programme d'actions.

Psychiatrie et Santé mentale - Projet de plan 2005-2008
Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille
http://www.sante.gouv.fr/min/actualites/mentalite_040205/sommaire.htm

Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale
Bibliothèque des rapports publics - La documentation française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/034000589.shtml>

La politique hospitalière
Dossiers politiques publics - vie-publique.fr
http://www.vie-publique.fr/dossier_polpublic/hospitaliere/index.shtml

© La Documentation française

Syndication - RSS | Etablir un lien sur vie-publique.fr |
Mentions légales | Plan

Autres sites gérés par La Documentation française :
ladocumentationfrancaise.fr | service-public.fr | pme.service-public.fr |
formation-publique.fr

HAUT de page

En France, le rapport Piel/Roelandt (juillet 2001) fait grand bruit car il souligne un secteur sinon sinistré, du moins qui se dégrade. Sont particulièrement mis en cause une dégradation du secteur sanitaire dans le champ mental (fermeture de lits, manque de structures alternatives...), une insuffisance des moyens financiers et humains alors que les tâches dévolues au secteur psychiatrique ne cessent d'augmenter (+ 60 % entre 1989 et 2004 selon un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Suite à ce rapport mais surtout du fait du « drame de Pau », en 2005, naît le plan « Santé mentale 2005-2008 », avec quatre priorités : l'investissement financier, les moyens humains, l'amélioration de la formation des infirmiers (le diplôme de secteur psychiatrique avait auparavant été supprimé en 1992) et enfin le développement des alternatives à l'hospitalisation.

Focus Le « drame de Pau »

Dans la nuit du 17 au 18 décembre 2004, Lucette Gariod (aide-soignante) et Chantal Klimaszewski (infirmière) ont été sauvagement assassinées à l'arme blanche par un ancien patient au centre hospitalier psychiatrique de Pau (64). Pour beaucoup ce drame, particulièrement saisissant, est symptomatique d'une dégradation générale. Dans ce CHP comme ailleurs, la situation s'était détériorée : fermeture de lits d'hospitalisation, faiblesse des moyens financiers, pénurie croissante du personnel, sollicitations du personnel de santé en hausse. On ne peut évidemment pas établir un lien de causalité entre les deux événements, mais certainement un lien de corrélation.

À noter que face notamment à la pénurie de psychiatres, il est parfois évoqué qu'il serait dévolu aux psychologues cliniciens un certain nombre de tâches qui reviennent avant tout aux psychiatres (comme la question de la prescription de psychotropes). Il est évident qu'il s'agirait là d'une erreur, les deux métiers, bien que voisins, obéissent à des méthodes et prérogatives complémentaires mais différentes. Une autre solution envisagée serait de reconnaître les médecins généralistes comme les premiers accueillants de patients psychiatriques, qui effectueraient les suivis sous une forme de supervision par les psychiatres (dont les modalités resteraient à envisager).

2. La méthode psychiatrique

La description des troubles

Nous l'avons rappelé dans la définition, la psychiatrie est un domaine de la médecine. Aussi, la *méthodologie médicale* utilisée en psychiatrie est presque identique à la démarche dans le champ somatique. Schématiquement, le « chemin » suivant est respecté :

Symptômes → Signes → Syndrome → Diagnostic → Pronostic → Traitement

Les *symptômes* désignent ce dont se plaint le patient (« je suis constamment fatigué », « j'ai parfois l'impression que l'on me parle, mais il n'y a personne »), la manière dont il énonce les choses et renseigne aussi le plus souvent sur le motif de la consultation (la demande thérapeutique). Autrement dit, les symptômes désignent ce qui appartient au patient, la façon dont il vit une situation, la décrit ou se décrit en situation.

Il est à noter cependant que les symptômes peuvent être mouvants, sont rarement exhaustifs, et aussi que l'énoncé de la plainte ne renvoie pas forcément de façon complète à l'objet de la plainte du patient.

Il s'agit maintenant pour le praticien d'ordonner ces symptômes et de les transformer en signes cliniques.

Un *signe clinique* est la traduction des symptômes du patient dans un ensemble sémiologique.

Par exemple, le symptôme « j'ai parfois l'impression que l'on me parle, mais il n'y a personne » peut devenir le signe clinique : « hallucination auditive ». L'ensemble des signes peut guider par la suite l'établissement

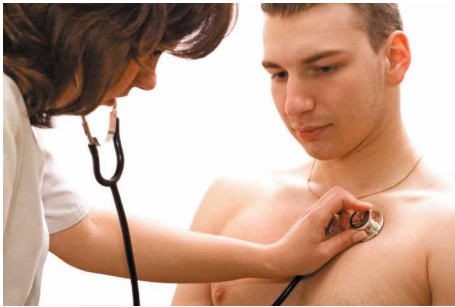
Symptomatique : ce terme désigne plutôt : soit quelque chose de typique chez un patient (« parler de fatigue avant de parler de ses voix est chez lui symptomatique »), soit un lien avec autre chose (on parle ainsi de dépression symptomatique d'une affection organique).

Sémiologie : nomenclature de signes qui permettent d'identifier, de nommer, de décrire un état ou un fait normal ou pathologique.

d'un diagnostic. Mais aussi, les signes (ou leur absence) peuvent influencer le pronostic. Ainsi, pour une personne ayant une bouffée délirante aiguë, des troubles nets de la conscience sont plutôt un facteur favorable concernant l'évolution. Par contre, l'absence de troubles de l'humeur et de signes d'anxiété pendant l'épisode est plutôt un élément défavorable de l'évolution de la pathologie.

Il est cependant important de faire quelques remarques :

- aucun signe n'est spécifique d'une et une seule entité. Aussi, le travail du clinicien va être non seulement de relever les signes cliniques, de les recouper, mais aussi d'interroger le patient à la recherche d'autres signes cliniques (par exemple, interroger un patient sur sa qualité de sommeil, alors qu'il avait juste signalé qu'il était fatigué). Ceci va éclairer le travail d'évaluation diagnostic en permettant de mettre à jour un tableau clinique (ensemble de signes appartenant majoritairement à une même entité) ;
- tous les signes ne relèvent pas de la pathologie, et d'ailleurs la plupart pris isolément peuvent relever de l'anodin. C'est la multiplication des signes et leurs correspondances au sens d'un tableau clinique particulier qui va notamment permettre de désigner ce qui relève de la pathologie ou non à un moment donné de la vie du patient.



Auscultation d'un patient.

Parfois, un ensemble concret de signes cliniques donne lieu à ce que l'on nomme un *syndrome*, c'est-à-dire à une entité sémiologique à part entière (par exemple, un syndrome dépressif). Cependant, le syndrome peut exister dans plusieurs pathologies différentes (il ne s'agit donc pas d'un diagnostic). Par ailleurs, un même syndrome peut avoir une origine (étiologie) diverse. Un syndrome dépressif peut ainsi être lié à un déséquilibre psychologique, ou bien encore correspondre à des effets secondaires médicamenteux (comme certaines hormono-thérapies).

L'analyse sémiologique conduit le plus souvent à l'établissement d'un *diagnostic*. C'est ici que la pathologie mentale va être nommée. Pour autant, l'établissement du diagnostic n'est pas linéaire. En effet, le relevé sémiologique qui a précédé est rarement unilatéral, c'est-à-dire guidant vers un seul tableau clinique possible et donc un seul diagnostic envisageable. Aussi, la démarche est celle d'une analyse des signes présents, d'un certain ordonnancement, qui doit mener à formuler des hypothèses diagnostics (« cela pourrait être ceci ou bien cela »). Aux vues de l'ensemble des éléments concernant le patient, des signes cliniques, de ce que l'on sait du trouble présenté, un diagnostic (qui n'est jamais une fin en soi. Il n'est qu'une lecture des troubles du patient qui va permettre l'essentiel : trouver la forme de prise en charge qui paraîtra la plus adaptée) va être formulé ; il sera le plus cohérent et logique en fonction des éléments obtenus.

Il est à noter que le diagnostic est toujours dépendant d'un modèle et donc d'une *typologie* donnée. Ainsi, le diagnostic de névrose hystérique s'il pourra convenir à un praticien d'orientation analytique ne pourra être reçu par un partisan d'une approche plus athéorique (le terme de névrose hystérique ne se retrouvant pas dans le DSM).

L'ensemble de ces éléments permet parfois d'avoir une idée du *pronostic* (risque de rechute, possibilité de détérioration, probabilité qu'il s'agisse d'un élément isolé, etc.). En fonction de l'ensemble de tous les éléments

qui précèdent, une *décision thérapeutique* sera prise (pharmacopées, orientations psychothérapeutiques, ateliers thérapeutiques, activités particulières...).

Éléments complémentaires

Comme nous l'avons évoqué, des troubles psychiques peuvent être induits par des *dérèglements somatiques* précis et bien identifiés (dépression symptomatique d'une tumeur cérébrale, etc.), voire à des effets secondaires pharmacologiques. En tant que médecin, le psychiatre pourra donc demander des examens complémentaires pour rechercher une certaine organicité ou, comme tout autre spécialiste de santé y compris non-médecin, orienter vers un spécialiste.

Cela dit, l'élément complémentaire qui nous intéresse le plus ici est sans nul doute celui qui accompagne la fin de la démarche méthodologique du psychiatre. En effet, rares sont les praticiens qui se limitent à établir un simple diagnostic car cela n'a finalement pas une grande utilité en soi. Par ailleurs, la « valeur » d'un épisode dépressif n'est pas la même sur une personnalité borderline ou sur une personnalité évitante. Il s'agit donc d'aller plus loin que le simple diagnostic et de formuler des hypothèses de fonctionnement psychique, mais aussi de pouvoir déterminer sur quelle structure psychique et sur quelle organisation de la personnalité le trouble est apparu.

Structure : organisation inconsciente et stable des processus psychiques fondamentaux chez un individu. L'étude de la structure permet notamment de comprendre ce qui détermine les symptômes, par inférence et interprétation psychopathologique.

Personnalité : ensemble des conduites et comportements d'un individu, qui inclut des éléments stables (traits) ou ponctuels (états). La personnalité donne accès à la notion d'identité et permet d'avoir accès à la singularité d'un individu (affects, cognitions...).

3. Liens entre psychiatrie et psychologie clinique

Niveau historique

La distinction entre psychiatrie et psychologie clinique va lentement se construire, mais elle n'était pas réellement effective jusqu'au ^{xx}e siècle. Ainsi, la plupart des cliniciens et chercheurs ont participé à l'éclosion des deux disciplines qui, comme nous le verrons, sont étroitement liées à la question de la *psychopathologie*. Par ailleurs, la psychanalyse a également contribué à l'essor de la psychologie clinique, même si par la suite des éléments de distinction sont apparus.

Niveau méthodologique

L'une des tâches principales qui revient au psychologue clinicien reste l'*évaluation* (de la personnalité, de la dynamique psychique, etc.) à l'aide d'outils spécifiques. L'activité de « bilan psychologique » va suivre le plus souvent la méthodologie que nous avons décrite, avec cependant quelques importants aménagements.

Ainsi, le recueil des données va être beaucoup plus complet, et notamment les signes cliniques vont être obtenus non seulement par l'entretien et l'observation, mais aussi par la passation de tests psychométriques (comme le test de QI : WAIS ou WISC) et projectifs (Rorschach, *Thematic Apperception Test* (TAT), etc.).



Lisa F. Young – Fotolia.com

Entretien avec un enfant.

Www.

Pour le test de QI, voir notamment la page « FAQ QI » de : <http://gappesm.net>.

De l'analyse quantitative et qualitative de ces outils vont pouvoir notamment être déduits des *hypothèses diagnostiques* puis un diagnostic. Des propositions thérapeutiques pourront également être formulées, et notamment concernant les *indications psychothérapeutiques*.

Ce qu'il y a également de spécifique à cette méthode, est que l'établissement du diagnostic inclut d'emblée des hypothèses de fonctionnement psychiques (personnalité, structure), ce qui n'est pas toujours le cas avec la méthode en psychiatrie.

Niveau complémentaire

Comme nous le disions, le bilan de personnalité par un psychologue clinicien est d'un apport considérable dans la pratique psychiatrique. Il va éclairer, lorsque nécessaire, les conclusions de la *démarche sémiologique* faite par un psychiatre d'un certain nombre d'éléments qui peuvent influencer les options thérapeutiques possibles et celles qui seront privilégiées. Par ailleurs, le bilan éclaire pour partie les éléments de suivi du patient à venir et donne un accès privilégié à la question du *sens des symptômes* et de leur fonction pour le patient.

Parmi les éléments complémentaires que peut apporter un psychologue clinicien à la démarche psychiatrique, nous pouvons citer :

- les éléments traits (stables) et états (transitoires ou ponctuels) de la personnalité ;
- la structure psychopathologique sous-jacente ;
- l'étude des mécanismes de défense et/ou des stratégies d'adaptation du sujet (*coping*).

Focus

Mécanismes de défense versus stratégies de coping

Les mécanismes de défense correspondent à un concept psychanalytique élaboré par Sigmund Freud, et auquel sa fille Anna a donné une place très importante avec son ouvrage *Le Moi et les Mécanismes de défense*. Ce concept n'a depuis cessé de s'enrichir (Melanie Klein, Jean Bergeret...). Ces mécanismes sont des opérations psychiques inconscientes dont la fonction est de défendre le moi contre des sollicitations pulsionnelles susceptibles de mettre à mal l'intégrité du sujet et son équilibre psychique. Notamment, ils interviennent dans la gestion de l'anxiété ainsi que dans les transactions d'un individu avec son entourage. Ionescu, Jacquet et Lhote en dénombrent vingt-neuf dans leur ouvrage *Les Mécanismes de défense, théorie et clinique*. Nous proposons une liste de quelques mécanismes page 36. Certains mécanismes appartiennent préférentiellement à une structure (le refoulement est ainsi commun aux névroses), mais la plupart des mécanismes peuvent plus ou moins ponctuellement être utilisés par un individu à certains moments de son histoire.

Les stratégies de coping (*to cope with* : faire face) correspondent à un concept développé par Richard Lazarus (1966). Il appartient plutôt au courant que l'on nomme « psychologie de la santé ». Elles désignent les mécanismes d'ajustement à une sollicitation interne ou externe qu'un individu va déployer, lorsque ces sollicitations sont susceptibles de déborder les capacités à « faire face » d'un individu. Les stratégies de coping sont pour une part inconsciente (au sens cognitif du terme) et pour une part consciente (notamment car elle inclut la notion d'évaluation d'une situation). La fonction des stratégies





de coping est de tenter de contrôler, de diminuer ou de « faire avec » l'impact de la sollicitation « dangereuse » pour retrouver ou maintenir un équilibre satisfaisant. Le coping peut être centré sur le problème ou sur l'émotion, vigilant ou évitant. Dans les deux cas, il s'agit de mécanismes actifs et, y compris dans les stratégies de coping, une dimension défensive est présente. Dans les deux conceptions également, il n'existe pas de stratégies ou de « bons » ou « mauvais » mécanismes en soi, mais ces mécanismes/stratégies vont être analysés qualitativement et mis en perspective avec la globalité « d'être » du sujet, du moins dans un travail clinique. Plutchik, en 1995, a proposé une correspondance entre certains mécanismes de défense avec des stratégies de coping (par exemple « déni » et « minimisation », ou encore « formation réactionnelle » et « renversement »). Cependant, ces deux concepts appartenant à des champs différents, s'ils peuvent être rapprochés dans leur expression (par exemple « projection » et « rejeter la responsabilité sur les autres »), tenter de les « superposer » totalement relèverait d'une démarche hasardeuse...

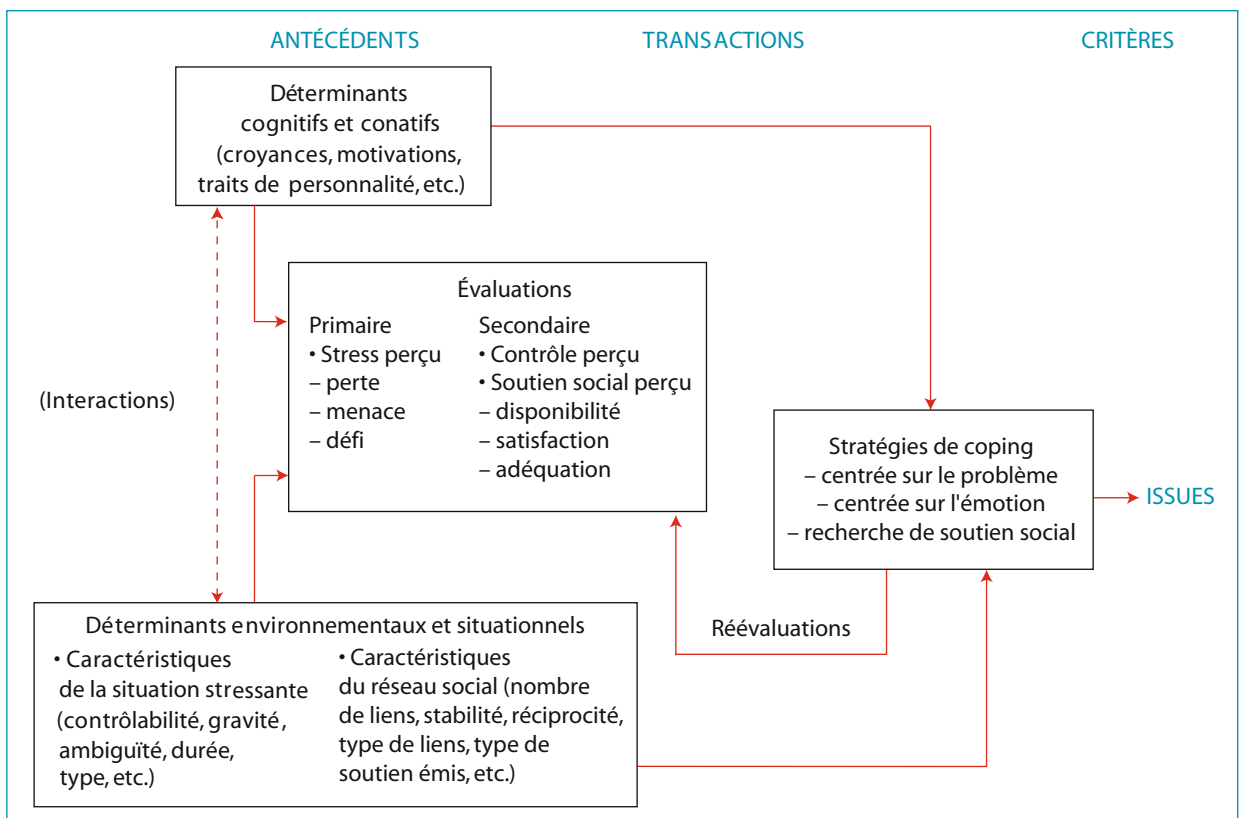


Figure 2.1 – Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants (in M. Bruchon-Schweitzer, *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Dunod, 2002, p. 358).

Tableau 2.2
Quelques mécanismes de défense.

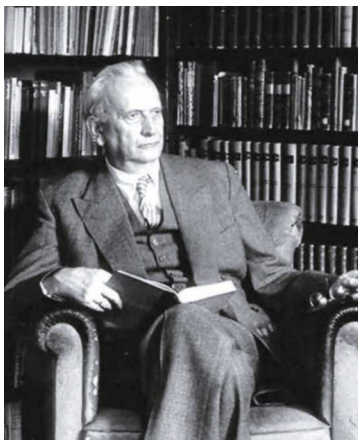
Mécanisme de défense	Définition
Clivage	Division du moi (ou de l'objet) tout en maintenant les deux parties présentes mais sans lien entre elles de façon à éviter un conflit psychique. Exemple : pour un jeune enfant, ne vivre sa mère que sous un angle très satisfaisant ou au contraire très rejetant.
Déni	Refus par un individu de considérer qu'une situation ou qu'un événement s'applique à lui. C'est une façon de refuser la réalité, ou tout du moins un aspect de cette réalité. Exemple : un patient refusant de considérer que sa consommation d'alcool est « hors norme » et problématique pour lui et pour les autres.
Formation réactionnelle	Action, chez un sujet, de remplacer une dimension de ses conduites par une autre qui lui est opposée, de façon à ne pas avoir à s'y confronter. La formation réactionnelle économise le recours au refoulement. Exemple : un individu qui sera poli jusqu'à l'obséquiosité, masquant ainsi une pulsion agressive importante, mais perçue comme menaçante socialement et pour soi.
Identification	Rapproché imaginaire et/ou réel qu'un sujet opère avec un objet psychique dont une ou des caractéristiques peuvent participer à la construction de son identité. Exemple : un enfant s'identifiant à son super-héros favori.
Intellectualisation	Fuite dans le discours organisé sous couvert d'abstraction, de généralisation ou de lieu commun afin de ne pas y reconnaître son implication, et de neutraliser la dimension affective. Exemple : un père sourd à la colère de son enfant : « En psychanalyse, on dit bien qu'il faut tuer le père. »
Projection	Le sujet attribue à un autre quelque chose qui lui appartient (pensée, affect, émotion...), permettant de ne pas reconnaître cela chez lui. Exemple : un professionnel de santé qui « lira » de la tristesse chez son patient lorsqu'est abordée une difficulté précise alors que rien ne vient étayer ce fait, en dehors de son ressenti intime.
Rationalisation	Construction artificielle d'une logique permettant de justifier quelque chose qui serait sans cela source d'anxiété. Exemple : « je n'ai pas voulu assister au remariage de mon ancienne femme car si jamais cela tournait mal, je ne voudrais pas m'entendre dire que d'une façon ou d'une autre je l'ai cautionné alors que, la connaissant, j'aurais dû savoir que ça ne marcherait pas ».
Refoulement	Rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles ou source d'angoisse. Les éléments refoulés ne sont pas accessibles directement à la conscience, mais continuent à rester actifs, c'est-à-dire à participer à la dynamique psychique du sujet. Exemple : avoir « oublié » le prénom du nouveau mari de la femme, pour le protagoniste de l'exemple donné précédemment.
Régression	Une dimension de l'expression du sujet témoigne d'une organisation psychique qui, plus ou moins ponctuellement et longuement, retrouve un mode de fonctionnement psycho-affectif antérieur. Exemple : après un choc émotionnel (agression ou autre), ne se trouver sécurisé qu'en dormant avec un substitut au « doudou » de l'enfant ou avec une lumière dans la pièce adjacente à la chambre.

II. LA PSYCHOPATHOLOGIE

1. Définir la psychopathologie

Données initiales

Dès lors que dans différentes disciplines on s'est intéressé peu ou prou à l'activité psychique humaine, il y a toujours eu des tentatives pour théoriser d'une part *le fonctionnement normal mais surtout pathologique* de la dynamique mentale. La médecine n'a pas été la seule discipline à s'intéresser à



Karl Jaspers (1883-1969).

cette question. Ainsi, concernant l'histoire relativement récente, ce fut le philosophe Théodule Ribot (1839-1916) qui posa les bases méthodologiques en psychopathologie. Il écrit ainsi dans son ouvrage *De la méthode dans les sciences* que la « méthode pathologique » tient à la fois de l'expérimentation et de l'observation pure. Ribot précise également que comprendre la pathologie permet de « remonter » jusqu'aux processus normaux, une démarche qui reste encore largement d'actualité en psychopathologie contemporaine.

C'est finalement Karl Jaspers (1883-1969), psychiatre et philosophe fondateur de la « méthode biographique », qui donna à la psychopathologie une définition qui reste encore, là aussi, d'une grande actualité.

Ainsi, il écrit : « L'objet de la psychopathologie est l'activité psychique réelle et consciente. Nous voulons savoir ce que les hommes vivent et sentent et comment ils le font, nous voulons connaître l'étendue des réalités de l'âme. Nous voulons examiner non seulement la vie des hommes,



Sigmund Freud (1856-1939).

mais les circonstances et les causes qui la conditionnent, ce à quoi elle se relie, tous les aspects qu'elle présente. Mais il ne s'agit pas de toute l'activité psychique : la pathologie seule est notre objet. » Si cette définition reste encore opérante dans les courants de pensée actuelle, c'est qu'elle souligne sans toutefois prononcer le terme l'importance des expériences, tout en n'inscrivant pas l'objet de la psychopathologie dans un champ donné. Enfin et surtout, Jaspers introduit la notion de *psychogénèse*, tout à fait centrale lorsque l'on parle de psychopathologie, et à laquelle se sont attachés d'autres auteurs ayant nourri la psychopathologie, comme Janet, Bleuler, Kretschmer, ou encore Freud.



Théodule Ribot (1839-1916).

Méthode biographique : recueil des données historiques d'un patient tant dans ses aspects formels (que recoupe la notion d'anamnèse) que dans ses aspects subjectifs (notion de vécu et d'impact subjectif).

Focus

Psychanalyse et psychopathologie

Sigmund Freud a proposé une explication théorique des phénomènes psychiques (la métapsychologie), en partant de l'étude de la pathologie mentale. En cela, on peut dire qu'il a fondé un courant en psychopathologie. Cependant, les avancées en psychanalyse ont conduit cette discipline à s'intéresser au moins autant aux processus dits normaux qu'aux processus dits pathologiques, et nombre de psychanalystes se refusent à réduire leur discipline au seul champ de la psychopathologie. D'autant que parler de psychopathologie oblige à parler de « normes » (pour différencier le normal et le pathologique), alors que cette notion ne fait pas partie de l'approche analytique. Il convient alors plus de différencier l'expérience analytique elle-même (qui s'inscrit dans une relation transférentielle) du discours « à distance » autour d'un sujet, qui elle peut relever d'une dimension plus psychopathologique car offrant une réflexion en terme de structure, de personnalité, de symptomatologie, et la question du sujet et de son équilibre global. C'est d'ailleurs ce « discours » dont certains psychologues cliniciens font usage pour penser l'humain ; il prend alors la dénomination de « psychopathologie psychanalytique » et renvoie à toute la métapsychologie freudienne, sans qu'il s'agisse de psychanalyse *stricto sensu* qui désigne plutôt un dispositif singulier (la cure analytique).

Le terme psychopathologie en psychologie clinique

Ce que l'on nomme psychopathologie en psychologie clinique est l'intérêt porté à ce qu'Eugène Minkowski nomme, dans son *Traité de psychopathologie* (réédité depuis 1999 chez Synthélabo), la « pathologie du psychologique », et qui privilégie une approche qualitative de la question. Il s'agit en fait de la somme de savoirs tentant de décrire, comprendre et expliquer comment une pathologie peut apparaître ou est apparue au regard de la dynamique psychologique du sujet. Dans cette compréhension des choses, il est admis comme postulat que le psychologique peut se déséquilibrer jusqu'à la pathologie, et qu'il est possible d'en approcher les causes.

Il ne s'agit donc pas, comme en psychiatrie, d'un simple discours autour de la pathologie mentale (signes, symptômes...) mais d'une approche bien plus vaste et surtout qui inclut l'analyse globale des choses, dont les mouvements psychiques préexistants asymptomatiques. Par ailleurs, le terme de « pathologie » est ici entendu dans son sens le plus large, jusqu'à simplement considérer la notion de *souffrance psychique* en dehors de toute pathologie psychiatrique avérée.

Avec ce sens précis, la psychopathologie en psychologie clinique peut désigner tant les manifestations d'un trouble et son sens au regard de la dynamique psychique d'un sujet que des corpus théoriques autour d'un thème donné qui décrivent et analysent des processus normaux, mais aussi pathologiques.



Eugène Minkowski
(1885-1972).

EXEMPLES

Exemple 1 : la psychopathologie de l'enfant désigne la description et l'analyse de la maturation psychique d'un sujet avant la période adolescente et ses manifestations normales comme pathologiques.

Exemple 2 : dans son livre *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Freud analyse des faits du quotidien (comme les erreurs de langage) en postulant qu'ils ont un même statut, fonction et finalement sens que des symptômes psychiques (ils prennent alors le terme de « lapsus »).

Les liens entre psychopathologie et psychologie clinique

Il est historiquement difficile de différencier l'apparition de la psychopathologie et de la psychologie clinique et ce n'est réellement qu'à l'articulation entre le XIX^e et XX^e siècle que ces deux disciplines ont commencé à être mieux constituées de façon autonome mais aussi partiellement indissociable.

En effet, il est difficile d'envisager une psychologie clinique qui exclurait la psychopathologie, puisque toutes deux ont pour objet les déséquilibres psychiques. Tout bilan de personnalité fait par un psychologue clinicien s'inscrit dans une certaine conception psychopathologique, ne serait-ce que par une pensée autour des processus normaux et pathologiques. Cela étant, la psychologie clinique a d'autres objets d'étude que la pathologie, comme par exemple la clinique des groupes, mais aussi bien d'autres champs d'activité que ce domaine, comme par exemple la pratique dans des structures de réinsertion sociale, dans des structures d'adoption, dans les milieux scolaires ou encore en secteur de soins mais où la référence à la psychopathologie serait peu pertinente, comme l'exercice en soins palliatifs.

En fait, est psychologie clinique ce qui suit une *méthode clinique dans le champ du psychique*, ce qui inclut une certaine pratique de la psychopathologie, mais ne peut se réduire à ce dernier champ.

Cette question de la méthode est aussi ce qui permet de dire que la psychopathologie est une discipline qui peut parfaitement être distincte de la psychologie clinique. Ainsi, d'autres méthodes peuvent être utilisées en psychopathologie, comme la méthode expérimentale. C'est le cas notamment de la psychopathologie biologique qui a notamment (mais pas exclusivement) comme méthode de provoquer chez l'animal des troubles mentaux comme la confusion ou les hallucinations pour en étudier les mécanismes et pour s'interroger sur la généralisation de ces résultats à l'humain. On est là dans un champ qui étudie bien les processus pathologiques, mais dont la méthode est loin de celle de la psychologie clinique. Rappelons par ailleurs que la psychopathologie en psychologie clinique renvoie à la question non seulement des manifestations, des processus mais aussi du sens, ce qui n'est pas le cas ici.

Soins palliatifs : désigne une méthode de prise en charge sur un plan global (somatique, social, psychologique, existentiel) dont bénéficient les patients dont le pronostic vital est engagé. Les soins palliatifs englobent la situation de fin de vie, mais ne se limitent pas à cette période.



■■■■■■■■■■
Quelle est la différence entre psychologie clinique et psychopathologie ?

2. La démarche psychopathologique en psychologie clinique

Avant-propos

Quelle que soit l'orientation théorique du psychologue clinicien, il existe un accord concernant la plupart des signes cliniques qu'il est possible de relever. Ce sont ces principaux signes que nous allons voir par la suite. Il est cependant important de noter que le recueil de ces données peut se faire selon différentes modalités :

- le *temps de recueil* peut être bien déterminé (lors d'un bilan de personnalité par exemple qui se fera en une ou deux consultations) ou au fil des entretiens (au cours d'un suivi) ;
- certains éléments peuvent être *directement observés* en entretien (élocution...), d'autres nécessitent des *outils d'évaluation* (mémoire...), d'autres enfin peuvent être *déduits* (processus délirants...).

Certains éléments de recueil sont dépendants d'un contexte (production verbale altérée par un dispositif de consultation gênant pour le patient, situation post-traumatique...), d'une situation (l'enjeu peut amener le patient à moduler ce qu'il présente et dit), mais aussi de la relation qui s'établit entre le praticien et le consultant. Une évaluation psychopathologique inclut donc une analyse qualitative non seulement des signes relevés, mais aussi des circonstances de ce relevé.

Précisons par ailleurs qu'une analyse psychopathologique ne se résume pas aux signes cliniques. Le recueil de ceux-ci n'est que le préambule de l'interprétation que le psychologue clinicien en fera, c'est-à-dire à l'*analyse qualitative* qui sera faite par la suite. Cette analyse inclura également une recherche de la signification des signes, de leur sens. Également, le relevé de signes cliniques suit l'anamnèse du patient et le recueil de son histoire.



endostock - Fotolia.com

Les « staffs » entre collègues en charge d'un même patient peuvent permettre de confronter des points de vue.

Pathognomonique :
élément qui n'est spécifique
que d'une et une seule
entité.

Signes normaux et pathologiques ?

Aucun signe clinique n'est pathognomonique en soi.

L'analyse psychopathologique va notamment consister à *mettre en lien* différents signes pour leur donner une cohérence au sein d'un tableau clinique. De façon générale, les signes ne sont qu'un ensemble d'indices à recouper et auxquels il va s'agir de donner une cohérence au regard de la dynamique psychique de l'individu. Ce qui a pour incidence de dire que très peu de signes cliniques renvoient d'emblée à un fonctionnement que l'on peut affirmer sans équivoque relever du registre de la maladie mentale. L'autre incidence est de préciser qu'un signe peut renvoyer à pléthore de déterminants psychopathologiques (par exemple, un trouble du sommeil peut renvoyer autant à quelque chose de l'ordre de l'anxiété que de la dépression, voire à d'autres circonstances).

Enfin, rappelons qu'en psychopathologie, une *absence de signe* peut être aussi importante à noter qu'une présence (par exemple, l'absence d'éléments délirants dans un syndrome confusionnel). Et surtout que la psychopathologie, en pratique clinique, ne se limite pas à relever les signes semblant renvoyer à une défaillance de l'appareil psychique, mais aussi à relever les éléments favorables au patient...

Focus

Origine somatique des signes cliniques

Comme nous l'avons vu, ce n'est pas tant ce qui est observé qui différencie l'approche psychopathologique en psychiatrie et en psychologie clinique, mais la démarche de recueil et ce qui est fait des éléments recueillis (schématiquement un diagnostic objectif – à visée de prescription – *versus* des hypothèses étayées de fonctionnement psychique à partir d'éléments objectifs et subjectifs). La nature des signes cliniques ne permet pas dans un premier temps d'en connaître la cause (somatique, psychique, pharmacologique, mixte) et c'est bien tout un travail d'analyse le plus fin possible qui devra être mené. Mais il est à noter que, comme nous l'avons précisé, le terme de psychopathologie renvoie en psychologie clinique à la question plus générale de la souffrance. Aussi, même si un signe clinique peut être d'origine non psychique (comme une confusion induite par une pathologie organique ou une substance psychotrope), la façon dont le patient gère ce signe participera de l'évaluation de sa dynamique psychique, lorsque cette évaluation est menée par un psychologue clinicien. En cela, le signe clinique même induit somatiquement ou pharmacologiquement ne sera pas exclu de l'analyse psychopathologique du patient.

3. Principaux signes

Sphère de présentation du patient

Nous incluons dans cette partie trois types de données qui sont directement observables :

- la présentation *physique* (maniérisme vestimentaire, tenue correcte ou négligée...) et le type de relation au praticien peuvent être notés. Cette relation peut être adaptée ou au contraire être connotée de façon significative (relation autistique, ludique, séductrice...) ;
- les signes *langagiers*, qui peuvent concerner autant l'élocution (fluidité, bégaiement...), que la structure du langage (syntaxe non perturbée, sémantique marquée par des néologismes...), ou simplement la production verbale (mutisme, suspensions dans le fil du discours...) ;
- l'activité *psychomotrice* qui peut s'exprimer en termes de déficits (ralentissement, stupeur, paralysies ou incapacités motrices non ordinaires...), de suractivité (agitation) ou de troubles moteurs spécifiques (tics, rituels, impulsions...).

Également, nous pouvons inclure ici les troubles des *conduites sociales* (violence, agressivité...) qui peuvent se retrouver dans la présentation du patient lors de l'entretien, mais qui peuvent aussi être seulement relevés dans l'anamnèse (agressions, délits...) ou dans l'entretien (paraphilies – perversions sexuelles, perversité...).

Chez l'enfant, tous ces éléments doivent bien sûr être appréciés au regard de son âge (notamment les éléments liés au langage et à l'articulation ; un avis orthophonique peut être précieux). Également, une attention particulière sera apportée :



Julien Rousset – Fotolia.com

- à l'adéquation entre le comportement de l'enfant et son âge ;
- à ses comportements moteurs (instabilité, stéréotypies, enfant « anormalement calme »...);
- aux éventuels problèmes de maturation (latéralisation, troubles moteurs...) ;
- à la façon dont l'enfant se positionne vis-à-vis des adultes connus (parents) ou étrangers (indifférence, retrait...).

Quant aux troubles des conduites sociales, ils concernent notamment le mensonge, l'agressivité (sur soi ou les autres), le camouflage, voire le vol, ou encore les éloignements, fuites, voire tentatives de fugues.

Sphère cognitive (hors processus de pensée)

Paramnésie : sentiment d'avoir déjà été le témoin d'une situation nouvelle. Si le sujet pense l'avoir déjà vécu, on parle d'ecmnésie. Note : la paramnésie peut se retrouver dans certaines formes d'épilepsie.

Ce domaine concerne principalement la *mémoire*, l'*intelligence*, et l'*attention*. Si les capacités mnésiques d'un individu sont altérées, il conviendra alors de pouvoir spécifier de quel le trouble précis il est question (amnésie antérograde, lacunaire, paramnésie...).

L'intelligence quant à elle demande à être évaluée avec précision pour déterminer différents troubles possibles (intelligence adaptée, retard du développement intellectuel, détérioration...).



Iryna Shpulak - Fotolia.com

L'observation, lors d'un jeu par exemple, peut donner des indices.

Sphère du fonctionnement de la pensée



Evgeny Kan - Fotolia.com

L'automatisme mental peut donner lieu à un vécu proche de celui d'un « pantin ».

La pensée désigne ici l'*activité psychique consciente* du sujet, qui organise les idées en fonction de différents paramètres internes et externes à lui (perceptions, connaissances, mémoire, sensations...). Le fonctionnement de pensée est donc en partie fonction de la sphère cognitive que nous avons évoquée, mais n'étant pas totalement superposable à elle, nous en avons fait un domaine à part. À noter que la pensée peut renvoyer, indirectement, à des processus inconscients mais qui seront analysés dans un second temps et ne font pas partie du recueil des signes cliniques.

Différents troubles de la pensée peuvent être notés, qui relèvent soit du *cours de la pensée* (par exemple son accélération – ou tachypsychie –, sa discontinuité comme dans la dissociation psychique...) soit du *contenu de la pensée* (idée fixe, idée délirante, mythomanie...).

Enfin, il peut y avoir une *distorsion globale* de la pensée. Citons par exemple la pensée *paralogique* (raisonnement correct à partir de prémisses fausses) ou l'*automatisme mental* (le patient ressent que sa pensée est sous une influence externe).

Chez l'enfant, les délires sont extrêmement rares (comme les hallucinations). Les autres aspects peuvent plus facilement être retrouvés.

Sphère émotionnelle

Le psychologue clinicien va s'attacher à décrire la façon dont les émotions sont exprimées (adéquation au discours, hyperémotivité, absence d'expression...), relever certaines réactions émotionnelles caractéristiques ou symptomatiques (sentiment de danger imminent...), ainsi que les manifestations *de troubles de l'humeur* (dépressivité, euphorie, athymie...).

Athymie : indifférence affective.

Chez l'enfant, il s'agit notamment de bien caractériser les crises d'angoisse (voire phobies), certaines étant intimement liées au développement affectif de l'enfant. On s'attache notamment à relever les signes qui les accompagnent : agitation, colère... Les circonstances d'apparition et si l'enfant répond (et comment) aux sollicitations pour le sécuriser. La démarche est la même concernant les « crises » (colère, jalousie, peur, opposition...) et la façon dont l'enfant réagit à la *frustration*.



Pavel Losevsky - Fotolia.com

Une expression peut parfois renvoyer à des émotions différentes.

Sphère de la conscience

En cas de perturbation du champ de la conscience, on retrouve principalement des troubles de la vigilance (directement observable en entretien, comme la confusion ou l'hébétéude), des troubles de l'attention (distractabilité...), des troubles de la conscience de soi (altération du schéma corporel, de l'image de soi, dépersonnalisation...). Mais on peut aussi retrouver des états spécifiques de la conscience, comme la déréalisation (le patient perçoit un environnement familier avec étrangeté, la situation est perçue de façon bizarre ou irréelle).

On peut également inclure dans cette partie des troubles de la perception. Il s'agit principalement des *illusions* (perceptions déformées d'un objet réel) et des hallucinations qui sont des perceptions sans objet.

Chez l'enfant, cette sphère est souvent étroitement liée à ce qui est observé au niveau comportemental.



Friday - Fotolia.com

Sphère physiologique

Il s'agit ici des *besoins fondamentaux*, comme les troubles du sommeil (insomnie, somnambulisme...) et les troubles alimentaires (anorexie, boulimie...). Concernant les autres troubles, il s'agit des troubles sphinctériens (énurésie, encoprésie) et des troubles sexuels (éjaculation précoce, frigidité...). D'autres troubles physiologiques peuvent être présents (rétention fécale...).



Chez l'enfant, cette sphère est l'une des plus « expressive » en cas de difficulté (rituels au coucher...). Le psychologue clinicien doit avoir une parfaite connaissance du développement psycho-affectif chez l'enfant pour pouvoir évaluer les signes habituels selon un âge donné de ceux qui sont à relever comme inhabituels.

EXEMPLE

Le pica (ingestion de substances diverses et objets à portée de main) peut être « normal » dans les premiers mois de la vie (l'enfant découvrant son univers en partie au travers de la sphère oro-faciale), mais s'il persiste, il peut renvoyer à un véritable trouble (carence affective, retard mental...).

Autres éléments

Aucun relevé théorique quel qu'il soit ne pourrait rendre compte de façon totalement exhaustive de l'ensemble des signes cliniques possibles. Si nous avons cité les principales sphères à observer, il se peut que des signes très singuliers soient rapportés par le patient. Il convient bien sûr pour le psychologue clinicien de les relever, même s'il ne fait pas partie de « tableaux standards ». Également, il est important de relever les signes cliniques dont on connaît la probable origine neuro-lésionnelle (agnosies, apraxies...) ou autre, mais qui peuvent avoir une importance sur la vie psychique du patient.

Précisons enfin que concernant les signes chez l'enfant, l'analyse psychopathologique se fait de façon souvent différente que pour l'adulte. En effet, l'extrême mouvance des troubles et la rapidité de maturation excluent très souvent la pertinence d'un diagnostic « ferme », qui pourrait d'ailleurs être discuté d'un point de vue déontologique car il « enferme » l'enfant dans un processus d'évaluation adulte qui pourrait le stigmatiser. Il n'est, en revanche, pas toujours aisé d'expliquer aux parents cela, notamment concernant les données obtenues aux évaluations d'intelligence, dont ils ne souhaitent parfois ne connaître que les résultats chiffrés...

III. LA PSYCHANALYSE

1. Définir la psychanalyse

Inscription première

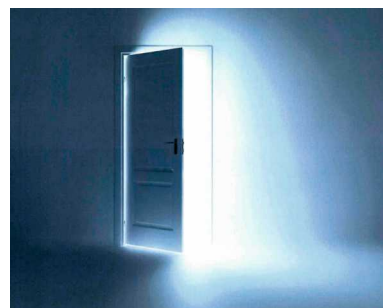
Le terme de « psychanalyse » est apparu sous la plume de son fondateur, Sigmund Freud, en 1896 (« Hérédité et étiologie des névroses »). La psychanalyse se définit classiquement selon trois axes :

- un *procédé d'investigation psychologique* des processus inconscients qui entrent en ligne de compte de la dynamique psychique d'un individu ;
- une *méthode thérapeutique* fondée sur cette investigation ;
- un *corpus de connaissances théoriques* qui rend compte du fonctionnement psychique, normal et pathologique, de l'humain.

La psychanalyse fait donc « l'hypothèse de l'inconscient ». Elle postule que les productions humaines (conduites, paroles, constructions internes comme les rêves, etc.) renvoient à autre chose qu'à ce qu'ils sont, à autre chose qu'à leur contenu manifeste, immédiat. Il existerait un *contenu latent*, infiltré de processus inconscients, qui donnerait du sens psychique à l'ensemble de ces productions.

Ceci donne lieu à une considération pour la signification de ces éléments, mais aussi pour la capacité d'un sujet à produire *de l'inédit*. À propos de cet « inédit », Freud (en 1918) la décrit ainsi en prenant l'analogie avec la chimie pour décrire la psychanalyse :

« Nous avons nommé psychanalyse le travail par lequel nous amenons à la conscience du malade le psychique refoulé en lui. Pourquoi “analyse”, qui signifie fractionnement, décomposition, et suggère une analogie avec le travail qu'effectue le chimiste sur les substances qu'il trouve dans la nature et qu'il apporte dans son laboratoire ? Parce qu'une telle analogie est, sur un point important, effectivement fondée. Les symptômes et les manifestations pathologiques du patient sont, comme toutes ses activités psychiques, d'une nature hautement composée ; les éléments de cette composition sont, en dernier ressort, des motifs, des motions pulsionnelles. Mais le malade ne sait rien ou trop peu de ces motifs élémentaires. Nous lui apprenons donc à comprendre la composition de ces formations psychiques hautement compliquées, nous ramenons les symptômes aux motions pulsionnelles qui les motivent, nous désignons au malade dans ses symptômes des motifs pulsionnels jusqu'alors ignorés, comme le chimiste sépare la substance fondamentale, l'élément chimique, du sel dans lequel, en composition avec d'autres éléments, il était devenu méconnaissable. De la même façon, nous montrons au malade, sur les manifestations psychiques tenues pour non pathologiques, qu'il n'était qu'imparfaitement conscient de leur motivation, que d'autres motifs pulsionnels, qui lui étaient restés inconnus, ont contribué à les produire. »



Mopic - Fotolia.com

Implications

Dès le début du xx^e siècle, le mouvement psychanalytique commence à prendre son essor, entre hostilité et fascination. La psychanalyse s'imposa progressivement comme l'un des plus importants courants de la pensée contemporaine.

Focus

L'influence psychanalytique hors de la psychologie

Freud avait pour ambition de créer une psychologie scientifique, en bâtissant la psychanalyse. Ce statut de science est parfois remis en cause, et tout au long de son histoire, la psychanalyse a connu des vagues de critiques (dont en France *Le Livre noir de la psychanalyse*, 2005) qui, pourtant, ne l'ont pas empêché de progresser.

Si parfois quelques notions de psychologie sont connues du grand public (« le chien de Pavlov » ou même à une moindre échelle l'expérience de Milgram, utilisée dans le film *Il comme Icare*), il est à noter que la psychanalyse a durablement et profondément marqué les esprits. Elle occupe de ce point de vue une place singulière dans le champ des sciences humaines. Certains concepts sont passés dans le langage courant (parfois





avec un sens dénaturé) comme la libido, le complexe d'Œdipe, l'inconscient, faire un lapsus, être névrosé, etc. Mais aussi, la psychanalyse a influencé, voire bouleversé le champ des idées notamment en philosophie (Jacques Derrida...), souvent en donnant lieu à d'importantes controverses comme dans le champ politique, anthropologique, ethnologique ou encore religieux. La littérature s'en est également largement nourrie (dont le surréalisme), tout autant que le domaine de la peinture (Salvador Dali...) ou encore celui du cinéma (Luis Buñuel...).

Si le statut de la psychanalyse est donc bien souvent remis en question, on peut cependant noter que cette discipline possède peu d'égale au niveau de l'influence dans le domaine du débat social, des idées et enfin de la pensée, y compris artistique.



Luis Buñuel (1900-1983).

La psychanalyse, du fait qu'elle produise un savoir sur le fonctionnement psychique, a très rapidement intéressé la psychologie clinique naissante, jusqu'à parfois une certaine fusion entre les deux domaines. Pour certains auteurs, elles sont même curieusement perçues comme indissociables (position dont Lagache s'étonnait déjà en 1949). Il devient dès lors difficile de définir la psychologie clinique sans s'interroger sur ses liens avec la psychanalyse.



Salvador Dali (1904-1989).

2. Liens entre psychanalyse et psychologie clinique

Une question de pratique

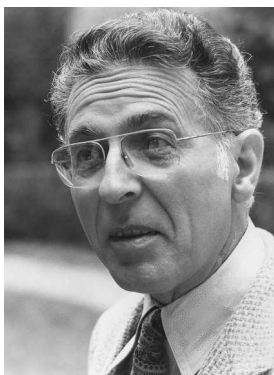
Si un lien existe entre psychanalyse et psychologie clinique que nous allons spécifier, ces deux domaines ne renvoient pas toujours à des pratiques assimilables.

Ainsi, l'exercice de la psychanalyse implique que l'on soit dans le cadre d'un suivi possédant une dimension psychothérapeutique (selon sa définition). À l'inverse, l'exercice de la psychologie clinique inclut des pratiques qui peuvent se faire hors situation psychothérapeutique. C'est le cas notamment de l'exercice du bilan de personnalité (une ou plusieurs consultations qui ont pour but d'investiguer les processus internes d'une personne, à l'aide d'outils comme des tests).

EXEMPLE

Le *Thematic Aperception Test* est un outil projectif, qui participe parfois aux bilans de personnalité. Il s'emploie dans un cadre conceptuel psychanalytique (méthode Shentoub, SCORS (Social Cognition and Object Relation Scale)...). Pour autant, si un psychanalyste l'utilise, ce sera dans le cadre de sa fonction de psychologue clinicien, et non d'analyste, car la passation d'un tel test oblige à sortir du cadre psychanalytique habituel.

Ce que partagent par contre la psychologie clinique et la psychanalyse est de donner, ou de tenter d'apporter, une théorisation autour de la psyché humaine, et plus largement une compréhension de l'humain, toujours un individu singulier, à un moment donné de son histoire, de son évolution, et de sa situation. Autrement dit, il est clair que la psychanalyse n'est pas une branche de la psychologie clinique et ne l'a jamais été. Pour



Didier Anzieu (1923-1999).

autant, comme toute discipline qui répond à l'intérêt que nous venons de formuler, un de ses aspects intéresse la psychologie clinique, car elle possède avec elle un intérêt commun. Cette « part » de la psychanalyse qui intéresse la psychologie clinique se nomme la « métapsychologie », c'est-à-dire la théorie psychanalytique qui guide sa pratique (voir chapitre 3). Le psychologue clinicien, dans sa pratique, peut ainsi faire référence aux notions qu'elle introduit (appareil psychique, résistances, régression...).

Ainsi, selon Didier Anzieu (1923-1999) la référence psychanalytique est dominante en psychologie clinique, mais non exclusive. Pour lui, le psychologue clinicien occupe trois grandes fonctions : diagnostique, de formation et d'expertise. Mais sa formation reste insuffisante pour pratiquer la psychothérapie, et notamment il doit acquérir une expérience analytique complémentaire pour exercer la psychothérapie d'inspiration analytique.

De façon complémentaire, Françoise Dolto (1908-1988) situe également au niveau de la pratique une différence entre les deux fonctions notions. Ainsi, le psychologue clinicien travaille avec la réalité alors que le psychanalyste travaille avec la dimension fantasmatique. Si le psychologue clinicien peut procéder à des thérapies de soutien utilisant le transfert, le psychanalyste met quant à lui l'analyse des mouvements transférentiels et contre-transférentiels au sein de sa pratique. Enfin, la psychanalyse reste dans une neutralité bienveillante, alors que le psychologue clinicien peut également être dans l'engagement.

La question de ce lien possible

En France, historiquement, le développement de la psychologie clinique est lié à la psychanalyse. Pour autant, ce lien est fortement remis en question de façon récurrente. D'abord par certains psychanalystes, qui considèrent que les apports freudiens ne sont réellement pertinents et valides qu'au sein des « cures types ». Également, par les non-psychanalystes qui revendiquent qu'une méthode clinique peut être possible hors champ psychanalytique (approche systémique ou humaniste, par exemple).

Les débats sont ici passionnés autour de la question qui pourrait se résumer ainsi : la psychologie clinique doit-elle être dépendante des apports de la psychanalyse pour penser le sujet ?

Trois réponses sont possibles :

- une réponse « oui », en précisant que la méthode en psychologie clinique peut venir valider ou invalider des hypothèses sur le fonctionnement du



Quels sont les liens communs entre psychologie clinique et psychanalyse ?



JPC-PROD - Fotolia.com

sujet, faites dans un cadre de pensée psychanalytique, bien que hors cure classique ;

- une réponse « non », mais qui conserve cependant un objet d'étude commun avec la psychanalyse : l'être humain, en situation et dans son évolution ;

- une position « intégrative », celle que nous avons choisie pour ce manuel, et qui postule qu'en fonction des situations présentées et des besoins du patient, un choix peut s'effectuer entre différentes théories et approches conceptuelles pour que le regard clinique soit le plus pertinent possible. L'approche intégrative n'exclut pas la complémentarité des points de vue, loin s'en faut ; si des conduites peuvent ainsi être évaluées par exemple avec des méthodes appartenant au champ de la psychologie de la santé (mesure de l'anxiété trait et état), le sens des conduites d'un point de vue psychique peut être analysé qualitativement dans un autre champ, dont peut faire partie la psychanalyse, en maintenant une cohérence de réflexion.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Que nomme-t-on « grand enfermement » ?

27

Le grand enfermement (XVII^e siècle) correspond principalement à un souci sécuritaire. La crise économique avait multiplié le nombre de mendiants et de brigands qu'il s'agissait alors de mettre de côté : enfermer certains, interner les autres. « Les fous » quittèrent donc les villages où ils avaient une place, voire une fonction sociale, pour se retrouver dans des lieux de redressement qui n'étaient évidemment pas appropriés. L'hôpital psychiatrique fut néanmoins le lieu de résidence d'une nouvelle figure historique de la folie : le « malade psychiatrique ». Le « grand enfermement » qui avait pour but de protéger la population en rééduquant et resocialisant les populations marginales et déviantes a produit le contraire dans le champ de la pathologie : mettre à l'index une population jusque-là relativement bien intégrée pour en faire une population « à part ». Néanmoins, le « grand enfermement » permit de développer les classifications des troubles mentaux.



Quelle est la différence psychologie clinique et psychopathologie ?

39

La psychologie clinique se définit par sa méthode, qu'elle applique au champ psychique. En cela, elle inclut une dimension psychopathologique à son approche et en fait également un objet d'étude.

Ceci dit, d'autres méthodes existent traitant également de psychopathologie (comme la méthode expérimentale).

Aussi, la psychopathologie n'est pas toute la psychologie clinique, et cette dernière n'est qu'une discipline approchant la question de la psychopathologie.



Quels sont les liens communs entre psychologie clinique et psychanalyse ?

47

La psychologie clinique et la psychanalyse partagent deux éléments en communs :

- elles offrent toutes deux une théorisation autour de la psyché humaine ;
- elles font usage toutes deux d'une méthode clinique.

Pour autant, il peut exister une psychologie clinique qui ne se réfère pas au corpus de connaissance psychanalytique. Également, la psychanalyse ne se superpose pas à la psychologie clinique, ne partageant pas l'ensemble de son approche ni l'intégralité de ses outils.

Lectures conseillées

Pour commencer

BOUVET C., BOUDOUKHA A.H. (2014). *22 grandes notions de psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, Dunod.

FERNANDEZ L., BONNET A. (2007). *Les Méthodes et la pratique en psychopathologie et en psychologie clinique*, Paris, In Press.

IONESCU S. (2019). *15 approches de la psychopathologie*, Paris, Dunod (5^e éd.).

OHAYON A. (2006). *Psychologie et psychanalyse en France*, Paris, La Découverte/Poche.

Pour aller plus loin

CHAGNON J.-Y. (dir.) (2014). *40 commentaires de textes en psychologie clinique*, Paris, Dunod.

DE PERROT E., WEYENETH M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie*, Bruxelles, De Boeck.

POSTEL J., QUÉTEL C. (dir.) (2004). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod (nouvelle édition).

WIDLÖCHER D. (2005). *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».

ZARIFIAN E. (1988). *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.

Premiers pas avec S. Freud en sept titres

- Introduction à la psychanalyse
- Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse
- Psychopathologie de la vie quotidienne
- Études sur l'hystérie (avec Joseph Breuer)
- L'Interprétation des rêves (ne pas confondre avec « Sur le rêve »)
- Cinq psychanalyses
- Métapsychologie

Webographie

Www. MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Avec ce lien, un accès aux dossiers du ministère en ligne. À consulter pour les dossiers « Santé » et particulièrement « Santé mentale » http://www.sante.gouv.fr/dossiers/10_s.htm

Www. POUR LA RECHERCHE

Un dossier de la revue *Pour la recherche* en ligne sur les classifications (mars 2000). La question des classifications « psy » (DSM...) y est abordée. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR24/PLR24.html>

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Les premières nosographies psychiatriques existent depuis :
 - ☐ l'Antiquité.
 - ☐ le Moyen Âge.
 - ☐ la fin du XIX^e siècle.
2. Jean-Martin Charcot est connu pour :
 - ☐ ses études sur les délires.
 - ☐ ses études sur la mélancolie.
 - ☐ ses études sur l'hystérie.
3. La libération des aliénés de leurs chaînes est due à :
 - ☐ Esquirol.
 - ☐ Pussin.
 - ☐ Pinel.
4. Les thérapeutiques pharmacologiques dans les maladies mentales :
 - ☐ est apparue dans la première moitié du XX^e siècle.
 - ☐ est apparue dans la seconde moitié du XX^e siècle.
 - ☐ est encore à l'état d'expérimentation.
5. Le mouvement de l'anti-psychiatrie :
 - ☐ fait de la psychiatrie une entreprise politique.
 - ☐ souligne la dimension créatrice de la folie.
 - ☐ s'est construite par opposition aux thèses de Michel Foucault.
6. Les années quatre-vingt-dix ont vu l'éclosion :
 - ☐ du mouvement phénoménologique.
 - ☐ de la première sectorisation dans le champ de la santé mentale.
 - ☐ des théories neuroscientifiques de la pathologie mentale.
7. Le DSM est devenu progressivement :
 - ☐ une classification épidémiologique, sans thérapeutique avancée.
 - ☐ une classification épidémiologique avec une partie sur les thérapeutiques.
 - ☐ une classification épidémiologique d'orientation psychanalytique.
8. Ce que l'on nomme « drame de Pau » renvoie :
 - ☐ au meurtre de deux soignantes en psychiatrie par un ancien patient.
 - ☐ au suicide collectif de cinq patients.
 - ☐ à la fermeture massive de tous les lits d'hospitalisation dans la région, sans préavis.

9. Les symptômes sont plutôt :

- ☐ du côté du patient (ce dont il se plaint).
- ☐ du côté du praticien (traduction des signes cliniques).
- ☐ du côté du praticien (traduction des syndromes).

10. Le terme de « structure » désigne :

- ☐ la façon dont les éléments de personnalité trouvent une cohérence dans leur expression.
- ☐ le regroupement des signes cliniques les plus caractéristiques d'un individu.
- ☐ une organisation inconsciente des processus psychiques.

11. Les hypothèses diagnostiques découlent :

- ☐ d'une analyse quantitative de la dynamique interne du patient.
- ☐ d'une analyse qualitative de la dynamique interne du patient.
- ☐ les deux.

12. Les mécanismes de défense :

- ☐ permettent notamment une gestion de l'angoisse.
- ☐ sont à la base de la naissance des pulsions.
- ☐ désignent des compromis psychiques trouvés.

13. Les stratégies de coping :

- ☐ sont la partie consciente des mécanismes de défense.
- ☐ désignent des stratégies d'ajustement à des sollicitations internes ou externes.
- ☐ désignent la façon dont les mécanismes de défense permettent une adaptation à la réalité.

14. Le père de la méthode biographique et celui qui introduisit la notion de « psychogénèse » est :

- ☐ Karl Jaspers.
- ☐ Pierre Janet.
- ☐ Sigmund Freud.

15. Peut être désigné comme psychologie clinique :

- ☐ toute discipline en lien avec la psychopathologie.
- ☐ ce qui utilise une méthode clinique appliquée au domaine du psychique.
- ☐ seulement la compréhension psychologique des problématiques de santé.

16. L'analyse psychopathologique consiste notamment à :

- ☐ déterminer avec le patient le moment exact de la survenue des troubles.
- ☐ fixer les conditions de disparition d'un trouble donné.
- ☐ établir des liens entre plusieurs signes.

17. Le délire est fondamentalement :

- ☐ une croyance erronée.
- ☐ un moment d'excitation.
- ☐ une extinction de la vigilance consciente.

18. Les illusions sont fondamentalement :

- ☐ voir ou entrevoir des choses qui n'existent pas.
- ☐ une perception erronée.
- ☐ une forme de mythomanie.

19. La différence entre psychologie clinique et psychanalyse :

- ☐ la première n'inclut pas forcément de procédés psychothérapeutiques.
- ☐ la seconde n'inclut pas forcément de modalités d'investigation psychique.
- ☐ la méthode est complètement différente dans l'approche du patient.

20. L'approche intégrative en psychologie clinique :

- ☐ est une forme de syncrétisme entre différentes théories.
- ☐ axe sa prise en charge autour de l'intégration des patients (dimension sociale).
- ☐ prône plutôt une complémentarité des modèles.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Qui suis-je ? Un psychologue clinicien, un psychiatre ou un psychanalyste ?

- Je comprends la pathologie mentale selon le modèle de la maladie.
- J'utilise des outils d'évaluation qui me sont spécifiques.
- Je prescris des médicaments psychotropes.
- Mon approche est centrée sur l'exploration de l'inconscient.
- J'étudie l'ensemble de la dynamique psychique, consciente et inconsciente.
- J'ai suivi des études médicales avant de me spécialiser.
- J'ai suivi un cursus universitaire diplômant à la cinquième année.
- Le dispositif thérapeutique propre à mon approche a été mis au point il y a plus de cent ans.
- Mon titre n'est pas réglementé par la législation.
- Je m'intéresse à la psychopathologie.

Exercice 2 : Dans la chronologie ci-dessous, placez les événements ci-dessous à la bonne date.

1801 – 1808 – 1818 – 1838 – 1952 – 1960 – 1969 – 1990 – 1994 – 2001 – 2005

- Classification des troubles mentaux par Pinel.
- Début du plan « Santé mentale » en France.
- Loi fixant l'existence des hôpitaux psychiatriques et les modalités de placement des patients.
- Première utilisation du terme « psychiatrie ».
- Première version du DSM.
- Quatrième version du DSM.
- Rapport Esquirol.
- Rapport Piel/Roelandt.
- Réforme de la loi faisant suite au rapport Esquirol.

- Sectorisation des structures psychiatriques en France.
- Scission entre psychiatrie et neurologie.

Exercice 3 : Après avoir mis en parallèle méthodologie médicale en secteur somatique et méthodologie en psychologie clinique, inventez un « devenir » possible de l'analyse du symptôme suivant : fatigue avec douleurs localisées et grandissantes (selon les deux méthodologies).

Exercice 4 : En quoi le psychodiagnostic (diagnostic psychologique) est-il spécifique ?



PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La psychologie clinique donne lieu à de multiples exercices professionnels, dans des secteurs d'activité pluriels. Cette profession possède environ trente-cinq mille membres en France. Ce qui lie ces différentes activités est une culture professionnelle commune, une méthode singulière – la méthode clinique – mais aussi des règles législatives et déontologiques strictes. Deux activités psychologiques sont majoritaires dans l'ensemble de ces métiers. La première activité est celle du bilan psychologique, que nous voyons ici. La formation en psychologie clinique étant très largement orientée vers cette occupation. La seconde activité, que nous verrons de façon détaillée dans deux autres chapitres, est celle de l'accompagnement (thérapie de soutien et psychothérapie). Enfin, à côté de la dimension clinique du métier, ainsi que de la dimension pédagogique (activité d'enseignement, de formation, d'encadrement de stagiaires), existe une dimension tout aussi fondamentale. Il s'agit de la dimension de la recherche qui possède des singularités propres en psychologie clinique.

Définitions

Code de déontologie

Il s'agit de l'ensemble des règles éthiques inaliénables qui régissent l'exercice de la profession. Ce code guide les bonnes pratiques, participe à assurer une cohérence d'exercice à la profession, et garantie aux usagers ainsi qu'aux personnes travaillant avec le psychologue que ce dernier obéit à un certain nombre d'obligations dont il leur est redevable.

Bilan psychologique

C'est la mobilisation d'outils d'évaluation de la dynamique intellectuelle, affective et émotionnelle chez un individu (entretien clinique, tests, échelles) afin de déterminer son profil psychologique ainsi que l'ensemble des autres éléments qui ont trait à sa vie psychique. Le bilan psychologique permet, au final, d'évaluer une situation psychologique, voire une psychopathologie, d'établir la situation du patient au regard de la façon dont celle-ci est perçue par lui, et d'envisager des modalités d'interventions thérapeutiques et/ou psychothérapeutiques qui paraissent les plus adaptées.

La recherche

Il s'agit de l'ensemble de travaux qui ont pour objectif l'acquisition de connaissances nouvelles dans un champ scientifique donné, ici la psychologie clinique. La recherche en psychologie clinique travaille à partir d'hypothèses en lien avec son objet d'étude, qu'il s'agit d'infirmier ou de confirmer à l'aide d'une méthodologie rigoureuse.

I. CODE DE DÉONTOLOGIE DU PSYCHOLOGUE

1. Avant-propos

Le psychologue clinicien est avant tout un psychologue. Sa méthode et les outils qui ont été vus au chapitre précédent doivent donc être utilisés dans *un cadre législatif et déontologique* strict. Nous voyons donc ici les règles qui encadrent l'activité du psychologue clinicien, en tant que praticien de la psychologie.

Le code reproduit ci-dessous a été signé par l'Association des enseignants de psychologie des universités (AEPU), l'Association nationale des organisations de psychologues (ANOP), la Société française de psychologie (SFP) le 22 mars 1996. Il a été révisé en février 2012 par le GIRéDéP (Groupe Inter-organisationnel pour la Réglementation de la Déontologie des Psychologues).

En fonction des situations, des règles spécifiques peuvent s'appliquer. Également, l'activité de recherche obéit à des règles précises, que nous verrons.



2. Le code de déontologie

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues. »

Préambule

L'usage **professionnel** du titre de psychologue est défini par l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 complété par l'article 57 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 qui fait obligation aux psychologues de s'inscrire sur les listes ADELI.

Le présent Code de déontologie est destiné à servir de règle aux personnes titulaires du titre de psychologue, quels que soient leur mode et leur cadre d'exercice, y compris leurs activités d'enseignement et de recherche. Il engage aussi toutes les personnes, dont les enseignants-chercheurs en psychologie (16^e section du Conseil National des Universités), qui contribuent à la formation initiale et continue des psychologues. Le respect de ces règles protège le public des mésusages de la psychologie et l'utilisation de méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie.

Les organisations professionnelles signataires du présent Code s'emploient à le faire connaître et à s'y référer. Elles apportent, dans cette perspective, soutien et assistance à leurs membres.

Principes généraux

La complexité des situations psychologiques s'oppose à l'application automatique de règles. Le respect des règles du présent Code de déontologie repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement, dans l'observance des grands principes suivants :

1. Respect des droits de la personne. Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection. Il s'attache à respecter l'autonomie d'autrui et en particulier ses possibilités d'information, sa liberté de jugement et de décision. Il favorise l'accès direct et libre de toute personne au psychologue de son choix. Il n'intervient qu'avec le consentement libre et éclairé des personnes concernées. Il préserve la vie privée et l'intimité des personnes en garantissant le respect du secret professionnel. Il respecte le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même.

2. Compétence. Le psychologue tient sa compétence :

- de connaissances théoriques et méthodologiques acquises dans les conditions définies par la loi relative à l'usage professionnel du titre de psychologue ;
- de la réactualisation régulière de ses connaissances ;
- de sa formation à discerner son implication personnelle dans la compréhension d'autrui.

Chaque psychologue est garant de ses qualifications particulières. Il définit ses limites propres compte tenu de sa formation et de son expérience. Il est de sa responsabilité éthique de refuser



Quels sont les principes généraux de la déontologie en psychologie clinique ?



Bellemedia - Fotolia.com

La question du secret professionnel est centrale dans le travail du psychologue.

toute intervention lorsqu'il sait ne pas avoir les compétences requises. Quel que soit le contexte de son intervention et les éventuelles pressions subies, il fait preuve de prudence, mesure, discernement et impartialité.

3. Responsabilité et autonomie. Outre ses responsabilités civiles et pénales, le psychologue a une responsabilité professionnelle. Dans le cadre de sa compétence professionnelle, le psychologue décide et répond personnellement du choix et de l'application des méthodes et techniques qu'il conçoit et met en œuvre et des avis qu'il formule. Il peut remplir différentes missions et fonctions : il est de sa responsabilité de les distinguer et de les faire distinguer.

4. Rigueur. Les modes d'intervention choisis par le psychologue doivent pouvoir faire l'objet d'une explicitation raisonnée et d'une argumentation contradictoire de leurs fondements théoriques et de leur construction. Le psychologue est conscient des nécessaires limites de son travail.

5. Intégrité et probité. Le psychologue a pour obligation de ne pas exploiter une relation professionnelle à des fins personnelles, religieuses, sectaires, politiques, ou en vue de tout autre intérêt idéologique.

6. Respect du but assigné. Les dispositifs méthodologiques mis en place par le psychologue répondent aux motifs de ses interventions, et à eux seulement. En construisant son intervention dans le respect du but assigné, le psychologue prend notamment en considération les utilisations possibles qui pourraient en être faites par des tiers.



L'expertise du psychologue concerne aussi l'analyse des outils qu'il utilise.

L'exercice professionnel

Chapitre 1 : Définition de la profession

Article 1 : Le psychologue exerce différentes fonctions à titre libéral, salarié du secteur public, associatif ou privé. Lorsque les activités du psychologue sont exercées du fait de sa qualification, le psychologue fait état de son titre.

Article 2 : La mission fondamentale du psychologue est de faire reconnaître et respecter la personne dans sa dimension psychique. Son activité porte sur la composante psychique des individus, considérés isolément ou collectivement et situés dans leur contexte.

Article 3 : Ses interventions en situation individuelle, groupale ou institutionnelle relèvent d'une diversité de pratiques telles que l'accompagnement psychologique, le conseil, l'enseignement de la psychologie, l'évaluation, l'expertise, la formation, la psychothérapie, la recherche, le travail institutionnel. Ses méthodes et leurs objectifs sont diverses et adaptées aux objectifs de la demande. Son principal outil demeure l'entretien.

Chapitre 2 : Les conditions de l'exercice de la profession

Article 4 : Qu'il travaille seul ou en équipe, le psychologue fait respecter la spécificité de sa démarche et de ses méthodes. Il respecte celles des autres professionnels.

Article 5 : Le psychologue accepte les missions qu'il estime compatibles avec ses fonctions et ses compétences.

Article 6 : Quand des demandes ne relèvent pas de sa compétence, il oriente les personnes vers les professionnels susceptibles de répondre aux questions ou aux situations qui lui ont été soumises.

Article 7 : Les obligations concernant le respect du secret professionnel s'imposent quel que soit le cadre d'exercice.

Article 8 : Lorsque le psychologue participe à des réunions pluri-professionnelles ayant pour objet l'examen de personnes ou de situations, il restreint les informations qu'il échange à celles qui sont nécessaires à la finalité professionnelle. Il s'efforce, en tenant compte du contexte, d'informer au préalable les personnes concernées de sa participation à ces réunions.

Article 9 : Avant toute intervention, le psychologue s'assure du consentement libre et éclairé de ceux qui le consultent ou participent à une évaluation, une recherche ou une expertise. Il les informe des modalités, des

objectifs et des limites de son intervention. Il a donc l'obligation de les informer de façon claire et intelligible des objectifs, des modalités et des limites de son intervention, et des éventuels destinataires de ses conclusions.

Article 10 : Le psychologue peut recevoir, à leur demande, des mineurs ou des majeurs protégés par la loi en tenant compte de leur statut, de leur situation et des dispositions légales en vigueur.

Article 11 : L'évaluation, l'observation ou le suivi au long cours auprès de mineurs ou de majeurs protégés proposé par le psychologue requiert outre le consentement éclairé de la personne, ou au moins son assentiment, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale ou des représentants légaux.

Article 12 : Lorsque l'intervention se déroule dans un cadre de contrainte ou lorsque les capacités de discernement de la personne sont altérées, le psychologue s'efforce de réunir les conditions d'une relation respectueuse de la dimension psychique du sujet.

Article 13 : Les avis du psychologue peuvent concerner des dossiers ou des situations qui lui sont rapportées. Son évaluation ne peut cependant porter que sur des personnes ou des situations qu'il a pu examiner lui-même.

Article 14 : Dans toutes les situations d'évaluation, quel que soit le demandeur, le psychologue informe les personnes concernées de leur droit à demander une contre-évaluation.

Article 15 : Le psychologue n'utilise pas sa position à des fins personnelles, de prosélytisme ou d'aliénation économique, affective ou sexuelle d'autrui.

Article 16 : Le psychologue présente ses conclusions de façon claire et compréhensible aux intéressés.



Clivia - Fotolia.com

La méthode clinique, notamment, permet des exercices variés.



Picture Art - Fotolia.com

Le psychologue peut, peut-être, aider à rendre la justice moins aveugle...

Article 17 : Lorsque les conclusions du psychologue sont transmises à un tiers, elles répondent avec prudence à la question posée et ne comportent les éléments d'ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire. La transmission à un tiers requiert l'assentiment de l'intéressé ou une information préalable de celui-ci.

Article 18 : Le psychologue n'engage pas d'intervention ou de traitement impliquant des personnes auxquelles il est personnellement lié. Dans le cas d'une situation de conflits d'intérêts, le psychologue a l'obligation de se récuser.

Article 19 : Le psychologue ne peut se prévaloir de sa fonction pour cautionner un acte illégal, et son titre ne le dispense pas des obligations de la loi commune. Dans le cas de situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers, le psychologue évalue avec discernement la conduite à tenir en tenant compte des dispositions légales en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en péril. Le psychologue peut éclairer sa décision en prenant conseil auprès de collègues expérimentés.

Article 20 : Les documents émanant d'un psychologue sont datés, portent son nom, son numéro ADELI, l'identification de sa fonction, ses coordonnées professionnelles, l'objet de son écrit et sa signature. Seul le psychologue auteur de ces documents est habilité à les modifier, les signer ou les annuler. Il refuse que ses comptes

rendus soient transmis sans son accord explicite et fait respecter la confidentialité de son courrier postal ou électronique..

Article 21 : Le psychologue doit pouvoir disposer sur le lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable, de locaux adéquats pour préserver la confidentialité, et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature de ses actes professionnels et des personnes qui le consultent.

Article 22 : Dans le cas où le psychologue est empêché ou prévoit d'interrompre son activité, il prend, avec l'accord des personnes concernées, les mesures appropriées pour que la continuité de son action professionnelle puisse être assurée.

Chapitre 3 : Les modalités techniques de l'exercice professionnel

Article 23 : La pratique du psychologue ne se réduit pas aux méthodes et aux techniques employées. Elle est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique de ces techniques.

Article 24 : Les techniques utilisées par le psychologue à des fins d'évaluation, de diagnostic, d'orientation ou de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées et sont actualisées.

Article 25 : Le psychologue est averti du caractère relatif de ses évaluations et interprétations. Il prend en compte les processus évolutifs de la personne. Il ne tire pas de conclusions réductrices ou définitives concernant les ressources psychologiques et psychosociales des individus ou des groupes

Article 26 : Le psychologue recueille, traite, classe, archive et conserve les informations et données afférentes à son activité selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur. Il en est de même pour les notes qu'il peut être amené à prendre au cours de sa pratique professionnelle. Lorsque



Endostock - Fotolia.com

Tout usager a le droit à un retour clair sur les bilans psychologiques effectués.

ces données sont utilisées à des fins d'enseignement, de recherche, de publication, ou de communication, elles sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat.

Article 27 : Le psychologue privilégie la rencontre effective sur toute autre forme de communication à distance et ce quelle que soit la technologie de communication employée. Le psychologue utilisant différents moyens télématiques (téléphone, ordinateur, messagerie instantanée, cybercaméra) et du fait de la nature virtuelle de la communication, énonce, explique la nature et les conditions de ses interventions, sa spécificité de psychologue et ses limites.

Article 28 : Le psychologue exerçant en libéral fixe librement ses honoraires, informe ses clients de leur montant dès le premier entretien et s'assure de leur accord.



ch'lu - Fotolia.com

Chapitre 4 : Les devoirs du psychologue envers ses pairs

Article 29 : Le psychologue soutient ses pairs dans l'exercice de leur profession et dans l'application et la défense du présent Code. Il répond favorablement à leurs demandes de conseil et d'aide dans les situations difficiles, notamment en contribuant à la résolution des problèmes déontologiques.

Article 30 : Le psychologue respecte les références théoriques et les pratiques de ses pairs pour autant qu'elles ne contreviennent pas aux principes généraux du présent Code. Ceci n'exclut pas la critique argumentée.

Article 31 : Lorsque plusieurs psychologues interviennent dans un même lieu professionnel ou auprès de la même personne, ils se concertent pour préciser le cadre et l'articulation de leurs interventions.

Chapitre 5 : Le psychologue et la diffusion de la psychologie

Article 32 : Le psychologue a une responsabilité dans la diffusion de la psychologie et de l'image de la profession auprès du public et des médias. Il fait une présentation de la psychologie et de ses applications et de son exercice en accord avec les règles déontologiques de la profession. Il use de son droit de rectification pour contribuer au sérieux des informations communiquées au public.

Article 33 : Le psychologue fait preuve de discernement, dans sa présentation au public, des méthodes et techniques psychologiques qu'il utilise. Il informe le public des dangers potentiels de leur utilisation et instrumentalisation par des non psychologues. Il se montre vigilant quant aux conditions de sa participation à tout message diffusé publiquement.

La formation des psychologues

Article 34 : L'enseignement de la psychologie respecte les règles déontologiques du présent Code. En conséquence, les institutions de formation :

- diffusent le Code de déontologie des psychologues aux étudiants en psychologie dès le début des études ;
- fournissent les références des textes législatifs et réglementaires en vigueur ;



La déontologie concerne aussi les questions de la formation et de l'enseignement.

- s'assurent que se développe la réflexion sur les questions éthiques et déontologiques liées aux différentes pratiques : enseignement, formation, pratique professionnelle, recherche.

Article 35 : Le psychologue enseignant la psychologie ne participe qu'à des formations offrant des garanties scientifiques sur leurs finalités et leurs moyens.

Article 36 : Les formateurs ne tiennent pas les étudiants pour des patients ou des clients. Ils ont pour seule mission de les former professionnellement, sans exercer sur eux une quelconque pression.

Article 37 : L'enseignement présente les différents champs d'étude de la psychologie, ainsi que la pluralité des cadres théoriques, des méthodes et des pratiques, dans un souci de mise en perspective et de confrontation critique. Il bannit nécessairement l'endoctrinement et le sectarisme.

Article 38 : L'enseignement de la psychologie fait une place aux disciplines qui contribuent à la connaissance de l'homme et au respect de ses droits, afin de préparer les étudiants à aborder les questions liées à leur futur exercice dans le respect des connaissances disponibles et des valeurs éthiques.

Article 39 : Il est enseigné aux étudiants que les procédures psychologiques concernant l'évaluation des personnes et des groupes requièrent la plus grande rigueur scientifique et éthique dans le choix des outils, leur maniement (prudence, vérification) et leur utilisation (secret professionnel et confidentialité). Les présentations de cas se font dans le respect de la liberté de consentir ou de refuser, de la dignité et de l'intégrité des personnes présentées.

Article 40 : Les formateurs, tant universitaires que praticiens, veillent à ce que leurs pratiques, de même que les exigences universitaires (mémoires de recherche, stages, recrutement de participants, présentation de cas, jurys d'examens, etc.) soient conformes à la déontologie des psychologues. Les psychologues qui encadrent les stages, à l'Université et sur le terrain, veillent à ce que les stagiaires appliquent les dispositions du Code, notamment celles qui portent sur la confidentialité, le secret professionnel, le consentement éclairé. Les dispositions encadrant les stages et les modalités de la formation professionnelle (chartes, conventions) ne doivent pas contrevir aux dispositions du présent Code.

Article 41 : Le psychologue enseignant la psychologie n'accepte aucune rémunération de la part d'une personne qui a droit à ses services au titre de sa fonction. Il n'exige pas des étudiants leur participation à d'autres activités, payantes ou non, lorsque celles-ci ne font pas explicitement partie du programme de formation dans lequel sont engagés les étudiants.

Article 42 : L'évaluation doit tenir compte des règles de validation des connaissances acquises au cours de la formation initiale selon des modalités officielles. Elle porte sur les disciplines enseignées à l'Université, sur les capacités critiques et d'auto-évaluation des candidats, et elle requiert la référence aux exigences éthiques et aux règles déontologiques des psychologues.

Article 43 : Les enseignements de psychologie destinés à la formation de professionnels non psychologues observent les mêmes règles déontologiques que celles énoncées aux articles 40, 41 et 42 du présent Code.

La recherche en psychologie

Article 44 : La recherche en psychologie vise à acquérir des connaissances de portée générale et à contribuer si possible à l'amélioration de la condition humaine. Toutes les recherches ne sont pas possibles ni moralement acceptables. Le savoir psychologique n'est pas neutre. La recherche en psychologie implique le plus souvent la participation de sujets humains dont il faut respecter la liberté et l'autonomie, et éclairer le consentement. Le chercheur protège les données recueillies et n'oublie pas que ses conclusions comportent le risque d'être détournées de leur but.

Article 45 : Le chercheur ne réalise une recherche qu'après avoir acquis une connaissance approfondie de la littérature scientifique existant à son sujet, formulé des hypothèses explicites et choisi une méthodologie permettant de les éprouver. Cette méthodologie doit être communicable et reproductible.

Article 46 : Préalablement à toute recherche, le chercheur étudie, évalue les risques et les inconvénients prévisibles pour les personnes impliquées dans ou par la recherche. Les personnes doivent également savoir qu'elles gardent leur liberté de participer ou non et peuvent en faire usage à tout moment sans que cela puisse avoir sur elles quelle que conséquence que ce soit. Les participants doivent exprimer leur accord explicite, autant que possible sous forme écrite.

Article 47 : Préalablement à leur participation à la recherche, les personnes sollicitées doivent exprimer leur consentement libre et éclairé. L'information doit être faite de façon intelligible et porter sur les objectifs et la procédure de la recherche et sur tous les aspects susceptibles d'influencer leur consentement.

Article 48 : Si, pour des motifs de validité scientifique et de stricte nécessité méthodologique, la personne ne peut être entièrement informée des objectifs de la recherche, il est admis que son information préalable soit incomplète ou comporte des éléments volontairement erronés. Cette exception à la règle du consentement éclairé doit être strictement réservée aux situations dans lesquelles une information complète risquerait de fausser les résultats et de ce fait de remettre en cause la recherche. Les informations cachées ou erronées ne doivent jamais porter sur des aspects qui seraient susceptibles d'influencer l'acceptation à participer. Au terme de la recherche, une information complète devra être fournie à la personne qui pourra alors décider de se retirer de la recherche et exiger que les données la concernant soient détruites.

Article 49 : Lorsque les personnes ne sont pas en mesure d'exprimer un consentement libre et éclairé (mineurs, majeurs protégés ou personnes vulnérables), le chercheur doit obtenir l'autorisation écrite d'une personne légalement autorisée à la donner. Y compris dans ces situations, le chercheur doit consulter la personne qui se prête à la recherche et rechercher son adhésion en lui fournissant des explications appropriées de manière à recueillir son assentiment dans des conditions optimales.

Article 50 : Avant toute participation, le chercheur s'engage vis-à-vis du sujet à assurer la confidentialité des données recueillies. Celles-ci sont strictement en rapport avec l'objectif poursuivi. Toutefois, le chercheur peut être amené à livrer à un professionnel compétent toute information qu'il jugerait utile à la protection de la personne concernée.

Article 51 : Le sujet participant à une recherche a le droit d'être informé des résultats de cette recherche. Cette information lui est proposée par le chercheur.

Article 52 : Le chercheur a le devoir d'informer le public des connaissances acquises sans omettre de rester prudent dans ses conclusions. Il veille à ce que ses comptes rendus ne soient pas travestis ou utilisés dans des développements contraires aux principes éthiques.

Article 53 : Le chercheur veille à analyser les effets de ses interventions sur les personnes qui s'y sont prêtées. Il s'enquiert de la façon dont la recherche a été vécue. Il s'efforce de remédier aux inconvénients ou aux effets éventuellement néfastes qu'aurait pu entraîner sa recherche.

Article 54 : Lorsque des chercheurs et/ou des étudiants engagés dans une formation qui a cet objectif participent à une recherche, les bases de leur collaboration doivent être préalablement explicitées ainsi que les modalités de leur participation aux éventuelles publications à hauteur de leur contribution au travail collectif.

Article 55 : Lorsqu'il agit en tant qu'expert (rapports pour publication scientifique, autorisation à soutenir thèse ou mémoire, évaluation à la demande d'organisme de recherche...), le chercheur est tenu de garder secret les projets et les idées dont il a pris connaissance dans l'exercice de sa fonction d'expertise. Il ne peut en aucun cas en tirer profit pour lui-même.

II. DIVERSITÉS DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1. Formes de l'exercice professionnel

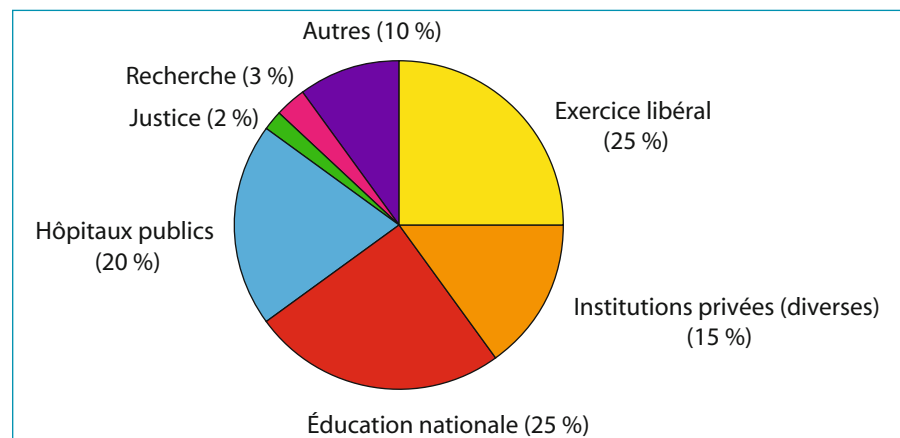


Figure 3.1 – Répartition moyenne des psychologues par type d'activité.

Exercice libéral

Nous traitons ici de l'exercice dans un cabinet de psychologie. Les deux activités principales sont l'activité d'expertise et l'activité de suivi.

L'activité d'expertise consiste à recevoir des individus dans un but d'évaluation, essentiellement le bilan psychologique. Pour autant, certaines évaluations ciblées peuvent être menées, comme l'entretien à visée de conseil d'orientation (scolaire, professionnel).

L'exercice libéral peut également inclure une dimension de consultance (auprès des entreprises ou d'associations, par exemple) voire de formation professionnelle (qui requiert alors un numéro d'agrément en tant que formateur). L'activité de suivi peut suivre un bilan psychologique ou non. Il s'agit ici de mettre en place des thérapies de soutien, mais plus généralement en exercice libéral des suivis psychothérapeutiques. L'orientation de ces suivis dépendra de l'orientation du psychologue clinicien (suivis psychanalytiques, cognitivo-comportementalistes, etc.), mais aussi de la demande du patient et de ce que nécessite sa situation.

Le dispositif d'accueil professionnel est variable, mais doit toujours être congruent avec le type d'exercice entrepris.

EXEMPLES

Exemple 1 : un thérapeute pour enfant devra avoir à sa disposition des tests psychologiques appropriés, ainsi que du matériel de « jeu » et de dessin (instruments de médiation classique, qui peuvent aussi avoir une valeur thérapeutique). Mais aussi, une salle d'attente sera nécessaire pour les parents, si l'enfant est vu seul au-delà de la première consultation (situation la plus habituelle).

Exemple 2 : un psychologue clinicien qui organise des thérapies de groupe doit avoir un espace suffisant pour cela, ainsi que le mobilier nécessaire. La pertinence d'un lieu où un patient peut un temps s'isoler doit également être appréciée par le praticien dans cette forme de suivis.

Administrativement, le psychologue clinicien possède ici le statut de libéral et assume toutes les charges attenantes à ce cadre d'exercice (loyer, cotisations URSSAF, assurance vieillesse, taxe professionnelle, etc.).

Exercice institutionnel

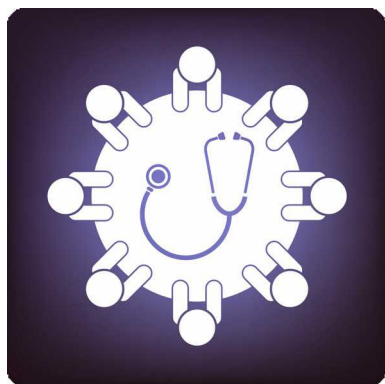
Il peut s'agir d'institutions privées (maison de retraite, entreprises...), associatives (point d'écoute santé, centres d'accueil pour femmes battues...) ou bien publiques (hôpitaux, lycée...). Alors que l'exercice libéral ne donne lieu à aucun lien hiérarchique ou fonctionnel avec d'autres professions, ici le psychologue clinicien est

salarié, et son activité est régie par une fiche de poste et un contrat de travail. Le praticien, à quelques exceptions près, intervient donc auprès des usagers en parallèle, voire en collaboration avec d'autres professions que la sienne.

Les deux activités principales sont les *évaluations* (entretien, bilan) et les *suivis* (thérapies de soutien ou psychothérapies). Certains secteurs où peut exercer le psychologue clinicien,



Une salle d'attente.



czardases - Fotolia.com

George - Fotolia.com

comme le secteur scolaire, donnent lieu à des pratiques spécifiques (prévention des troubles en lien avec le secteur scolaire, participation à l'élaboration de projets pédagogiques, faciliter l'adaptation d'enfants à particularité comme le handicap, etc.).

L'exercice institutionnel donne souvent lieu à des activités plus diversifiées qu'en pratique libérale (gestion des équipes professionnelles lors d'un problème aigu, réunions d'élaboration clinique, etc.). Très communément, au-delà d'une fiche de poste préétablie, c'est le psychologue clinicien qui va « forger » son activité en fonction des besoins (très nombreux, en institution), en fonction des demandes (multiples et récurrentes), et évidemment aussi en fonction de ses compétences et de la façon dont il perçoit sa place et sa fonction (par rapport aux usagers mais aussi à l'institution et à son organisation).

Nous proposons dans le tableau 3.1 un découpage des principaux secteurs d'activité pour un psychologue clinicien exerçant dans une institution. Il est bien évident que ce découpage est arbitraire, et que certaines activités touchent à plusieurs secteurs.



Tableau 3.1

Principaux secteurs d'activité pour un psychologue clinicien exerçant dans une institution.

Secteur	Type de services	Exemple de fonctions
Santé	Maternité, secteur curatif, secteur palliatif, secteur psychiatrique, secteur de rééducation fonctionnelle, centre de moyen et long séjour...	Accompagnement de patients hospitalisés, évaluation de personnes en attente d'une greffe, bilan à visée diagnostique, organisation de groupes thérapeutiques, soutien familial...
Insertion, réinsertion, social, prévention	Appartements thérapeutiques, association de demandeurs d'emploi, aide sociale à l'enfance, point écoute santé...	Participer à l'élaboration des projets de réinsertion, suivi des bénéficiaires (dimension des perturbations psychiques), évaluation et accompagnement dans une procédure d'adoption, soutien aux personnes dites « exclus », orientations thérapeutiques...
Scolaire	Établissements scolaires, structures de soutien...	Perspective psychologique donnée aux difficultés scolaires rencontrées par un enfant, lien avec les familles, orientations thérapeutiques...
Judiciaire	Secteur pénitentiaire, structures médicojudiciaires...	Bilan de personnalité, expertises judiciaires, participation à l'évaluation de la dangerosité...
Formation et Enseignement	Universités, centres de formation continue (aux médecins généralistes, etc.)...	Établir des contenus pédagogiques, fixer des objectifs de formation, animation, activité de recherche...

Quel que soit le secteur d'activité dont il est question, et pour répondre à des exigences déontologiques, le psychologue doit avoir (ou exiger) un lieu de consultation fixe où il peut recevoir les patients, voire les familles. Ce lieu doit respecter des *règles de confidentialité* (insonorisation suffisante, notamment). Lorsque le psychologue clinicien intervient dans la chambre

du patient, il doit s'assurer des mêmes règles de confidentialité, ce qui n'est pas toujours simple (chambre à deux lits, pas de séparation sonore) et engage souvent à des mesures d'adaptation (solliciter le voisin pour qu'il sorte un instant, par exemple, ou profiter de son absence du fait d'un examen). Cette règle de confidentialité ne le prive cependant pas de faire un travail *de liaison* avec les équipes de soins (staffs, dialogue plus informel, mais aussi faire un compte rendu selon des règles de transmission strictes sur les dossiers relatifs au suivi hospitalier du patient).

Exercice « itinérant »

Il est bien évident que tout psychologue exerçant « en itinérant » le fait dans un cadre institutionnel. Pour autant, il s'agit d'une forme d'exercice singulier car il ne se situe pas dans un lieu dévolu et fixe. Il s'agit par exemple



du travail dit « de rue » (auprès de sans domiciles fixes, de toxicomanes, de prostituées...), du travail humanitaire (dans le cadre d'une organisation non gouvernementale – ONG), du travail sur les lieux d'un événement possible-ment traumatique (cellule psychologique post-attentat, etc.) ou encore d'un travail en lien avec l'ethno-psychiatrie ou l'ethno-psychanalyse.

Traumatisme

(psychologique) :

événement qui déborde les capacités d'adaptation d'un individu. La nature traumatique d'un événement est donc à envisager en fonction de données internes au patient. Il en découle qu'un événement « marquant » (attentat par exemple) n'est pas forcément traumatique pour tous les survivants ou les témoins ; de même, un événement « mineur » (perte d'un objet par exemple) peut être vécu de façon très traumatique par un individu.

Focus

Psychologie clinique et humanitaire

Pour les « puristes » de la psychologie clinique, l'activité humanitaire à de quoi étonner. En effet, elle peut paraître « sans cadre fixe » alors même que le dispositif des interventions, dont la notion de cadre, est fondamental en psychologie clinique. Par ailleurs, même si des besoins peuvent être présents, ce type d'activité peut poser la question des demandes (les populations n'étant pas en demande de quelque chose dont elles ignorent parfois l'existence, ou qui sont trop loin de leurs orientations thérapeutiques habituelles, notamment traditionnelles). L'acte humanitaire en psychologie clinique doit donc être perpétuellement réfléchi tant au niveau de ses objectifs que de ses modalités pratiques de mise en place.

La plupart des actes humanitaires concernent ici l'aide et le suivi aux personnes victimes de traumatismes (cataclysme naturel, guerre...) mais aussi de penser et d'aider à la mise en place de dispositifs plus pérenne (dans les situations de détresse prolongée, le plus souvent). Mais il peut aussi s'agir d'actes qui accompagnent une action médicale ou sociale, et donc dans un objectif de santé plus large que la « simple » dimension psychologique.

Quelques mots sur le « non-paramédical »

Le psychologue clinicien possède un statut à part entière. En institution sanitaire, il a le plus souvent le rang de cadre supérieur de santé. Il est pourtant souvent confondu avec un « paramédical » (comme les infirmiers,

kinésithérapeutes, etc.), y compris dans la nomenclature de l'INSEE (code 851G, auxiliaire médical). Le statut de paramédical avait été proposé aux psychologues, mais refusé. Nous en rappelons trois raisons principales :

- être paramédical signifierait être sous la tutelle hiérarchique d'un médecin (psychiatre ou non), alors même que les objectifs et la méthode professionnels sont distincts. Un médecin n'est donc pas à même de pouvoir « guider » ou conseiller le travail d'un psychologue clinicien, qui reste le seul expert des outils qu'il emploie ainsi que de la méthode choisie pour atteindre les objectifs fixés avec et pour le patient ;
- être paramédical signifierait ne pouvoir intervenir que sur prescription médicale. Or les suivis thérapeutiques obéissent avant tout à la demande des patients et à leurs situations après analyse par le psychologue. Ces suivis possèdent des règles qui ne peuvent être par nature qu'indépendantes de tout autre considération que portant sur la demande et l'analyse de la situation. Avoir une prescription de « dix séances de psychothérapies » par un médecin n'aurait donc pas grand sens. D'autant que, comme rappelé en premier point, seul le psychologue clinicien est à même de pouvoir déterminer la forme de suivi dont le patient peut bénéficier (thérapie de soutien, psychothérapie, bilan psychologique avec retour, etc.) ;

- également, certains dispositifs (comme les groupes de paroles en institution sanitaire, par exemple) font que le psychologue clinicien peut être amené à encadrer ou prendre en charge des professions de santé (cadres de santé, infirmières, aides-soignants...) dont les médecins d'un service (à la suite par exemple d'un décès de patient ayant considérablement désorganisé un service). S'il existait un lien hiérarchique entre médecins et psychologues, ce type d'encadrement ou d'aide ne serait pas envisageable.

Il est par contre évident que les méthodes cliniques en médecine et en psychologie sont complémentaires. Par ailleurs, un psychologue clinicien peut orienter un patient vers un psychiatre lorsqu'il estime que la situation de la personne prise en charge requiert un avis pouvant mener vers une hospitalisation, ou une prescription de psychotropes, par exemple.

Enfin, rappelons que c'est le statut « non paramédical » du psychologue clinicien qui fait que ses activités ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale.



Andres Rodriguez - Fotolia.com

III. L'EXERCICE DU BILAN PSYCHOLOGIQUE



Kristian Peetz - Fotolia.com

Comme nous le disions en introduction, la pratique du bilan psychologique est une des activités les plus communes du psychologue clinicien. Certains vont même jusqu'à dire que c'est la pratique du bilan qui a fortement contribué à forger l'*identité professionnelle* du psychologue clinicien, en la distinguant d'autres professionnels. En effet, en théorie (il existe des dérives), seuls les psychologues sont formés et habilités à faire passer des tests psychologiques. Cette compétence repose sur la maîtrise de la psychopathologie d'une part,

mais aussi de la psychométrie en plus de la clinique et se trouve encadrée par les principes du code de déontologie présenté dans ce chapitre.

Un bilan se décompose en plusieurs étapes, que nous voyons à présent.

1. La demande et les objectifs du bilan

Quand le bilan intervient-il ?

L'objectif d'un bilan est de répondre avec des arguments psychologiques à une demande d'exploration diagnostique le plus souvent afin de contribuer à la définition d'un projet thérapeutique. Pratiquer un bilan psychologique (aussi appelé examen psychologique) revient à répondre à une (ou des) question(s), là où les outils tels que l'observation et l'entretien ne suffisent pas à apporter les éléments suffisants soit :

- pour contribuer au diagnostic ;
- pour définir une intervention ou stratégie thérapeutique ;
- pour évaluer des changements après prise en charge.

Dans la grande majorité des cas, l'usager du bilan n'est pas le premier demandeur. Un patient consulte rarement avec comme demande celle de réaliser un bilan psychologique. En général, la demande émane d'un tiers : psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, etc. Dans l'idéal, le tiers a bien expliqué au patient pourquoi il demande un bilan psychologique, et ce qu'on peut en attendre. Mais il est souvent nécessaire de mener un important travail de clarification, les patients venant souvent avec une phrase du type : « L'interne de psychiatrie m'a dit que je devais vous voir pour faire des tests. » Précisons que quel que soit le premier demandeur, le psychologue reste maître de la décision de mener un bilan s'il le juge nécessaire. Par ailleurs, le psychologue est responsable et maître du choix de ses outils et de ses conclusions.

Clarification des buts et modalités du bilan

Cette étape est indispensable, sans quoi le patient risque d'être dans une attitude défensive ou biaisée si bien que le bilan sera invalidé. Il faut d'emblée situer le demandeur du bilan et demander au patient ce qui lui a été dit (c'est à ce stade que l'on voit que soit l'information n'a pas ou peu été donnée ou qu'elle a été remaniée par le patient et ses stéréotypes sur l'évaluation psychologique – crainte d'être jugé, peur d'être « mis à nu », etc.). Il convient de s'exprimer clairement, sans jargon, sans donner non plus trop de détails.

EXEMPLE

« Le psychiatre m'a sollicité pour que nous fissions ensemble un point sur la nature des difficultés que vous rencontrez aujourd'hui. Vous en a-t-il parlé ? Cela aura plusieurs buts, d'une part, cela l'aidera à mieux cerner vos difficultés et d'adapter au mieux la prise en charge qu'il pourra vous proposer qu'elle soit médicamenteuse, psychologique ou autre. En général, un bilan psychologique se déroule en plusieurs temps. Tout d'abord un entretien durant lequel nous aborderons votre perception de vos difficultés, mais aussi tout ce que vous jugerez bon d'évoquer avec moi, puis, à l'issue de cet entretien il se peut que je vous propose de passer des tests psychologiques. Il s'agit d'outils qui nous servent à approfondir certains éléments (à adapter en fonction de la demande).



Quand un bilan psychologique peut-il intervenir ?

Dans certains cas, ils nous apportent beaucoup d'informations, dans d'autres cas moins, et il est impossible de le prévoir à l'avance. À l'issue de ces rencontres, il me faudra du temps pour analyser les données du bilan, et nous conviendrons d'un rendez-vous d'ici quinze jours, afin que nous en fassions ensemble une synthèse. Puis, avec votre accord, j'adresserai un compte rendu au psychiatre qui a demandé ce bilan. Avez-vous des questions ? Êtes-vous d'accord pour effectuer ce bilan ? »

2. Le choix des outils du bilan

L'entretien

Il n'existe pas d'activité clinique du psychologue sans une coopération du patient. La pratique du bilan n'échappe pas à cette règle. Toute intervention commence par une prise de contact, via un *entretien clinique*, qui permet au patient de se sentir écouté, compris sans jugement et qui est l'occasion de clarifier, préciser et expliciter au maximum les buts de cette intervention qu'est le bilan. Outre cette phase, l'entretien qui précède le bilan va aussi servir à préciser les symptômes et explorer l'individualité de la personne, préalable indispensable à l'analyse des résultats du bilan.

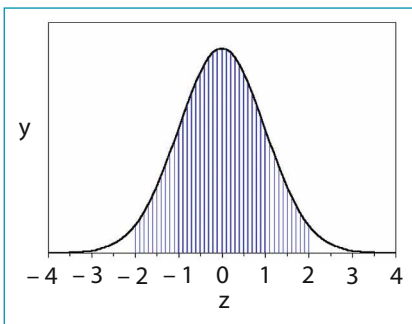


Figure 3.2 – Courbe de Gauss.

Les tests d'effcience intellectuelle

Ils sont très utilisés chez l'enfant et chez l'adulte. Leurs intérêts sont multiples.

Chez l'enfant, bien plus qu'un simple QI (quotient intellectuel), les échelles d'intelligence (WISC-IV : *Wechsler Intelligence Scale for Children*, initialement construit en 1939 ; K ABC) permettent d'obtenir un profil détaillé des compétences dans différents secteurs d'activités intellectuelles : raisonnement abstrait, attention, visuo-spatial, maniement du langage, etc. Ces outils sont donc très utiles pour repérer d'éventuels troubles instrumentaux (dyslexie/dysorthographe, trouble praxiques). L'obtention d'un QI à lui seul ne suffit pas à évoquer un retard mental ou une précocité, une évaluation fine et globale de l'adaptation de l'enfant est indispensable, compte tenu des lourdes conséquences que cela peut avoir.

Les échelles de Wechsler

Ces instruments ont été construits pour évaluer le fonctionnement intellectuel. Par exemple, chez l'adulte, on trouve la WAIS-IV (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, initialement construit en 1955), qui donne un profil complet d'aptitudes intellectuelles et permet de mettre en avant les forces et les faiblesses de modalités du fonctionnement intellectuel.

Globalement, ces échelles contribuent à l'établissement d'un *profil d'aptitudes intellectuelles* et situent le sujet dans une population de référence en termes d'âge, à l'aide d'un QI (appellation impropre, car il ne s'agit pas d'un quotient traduisant un niveau d'aptitude, mais d'un rang, plaçant le sujet dans la distribution de la population de sa classe d'âge).

Elles sont construites de sorte à différencier nettement les épreuves faisant ou non appel à la composante verbale de l'intelligence (échelle Verbale *versus* échelle de Performance). Ces échelles « composites », donnent une

Www.

<http://www.consensus-examenpsy.org>

En juin 2010, a eu lieu la première conférence de consensus dans le champ de la psychologie en France, dans le but de favoriser les bonnes pratiques en matière d'examen psychologique de l'enfant.

vision assez exhaustive des aspects du fonctionnement intellectuel, mais les différents subtests ne sont pas « purs ».

C'est pourquoi il est indispensable de connaître les différents facteurs impliqués dans les différents subtests : verbal, graphomoteur, raisonnement abstrait, visuo-spatial...



Les tests sont étalonnés pour une population donnée.

Ainsi, seule une *interprétation combinée du profil* permettra de poser des hypothèses sur d'éventuels déficits instrumentaux (langage, psychomotricité), troubles neurocognitifs, voire problèmes affectifs, et viendra alors enrichir l'interprétation quantitative des résultats.

Subtest : ensemble de données ou questions (items) qui mesurent une dimension spécifique (par exemple, aptitude au calcul mental). L'ensemble des subtests constituent le test, ou l'échelle ».

Focus

Le bilan neuropsychologique

La neuropsychologie se définit comme la science qui étudie les liens entre cerveau et comportement. Il n'existe pas aujourd'hui de titre de neuropsychologue, mais il s'agit d'une spécialisation que les étudiants peuvent choisir durant leur cursus. L'examen neuropsychologique correspond à une évaluation de l'efficacité intellectuelle et des fonctions cognitives spécifiques :

- fonctionnement mnésique : mémoire épisodique et sémantique, mémoire de travail ;
- fonctions attentionnelles : attention simple, partagée, soutenue et sélective ;
- fonctions exécutives : planification, flexibilité mentale, inhibition, capacités d'abstraction ;
- fonctions instrumentales : langage, praxies, gnosies.

Ce bilan permet de mettre en évidence non seulement les fonctions altérées mais aussi les fonctions préservées :

- proposer un diagnostic différentiel entre un trouble psychiatrique et un trouble neurologique ;
- apporter des éléments de compréhension au sein du diagnostic clinique ;
- quantifier le pronostic fonctionnel et social du patient ;
- déterminer le potentiel d'impact d'une rééducation cognitive et de certaines thérapies.

La détérioration mentale

Une question souvent posée au psychologue clinicien est celle d'une éventuelle détérioration mentale du patient. En effet, une démence, un trouble schizophrénique, une dépression, sont autant de troubles qui peuvent altérer les facultés intellectuelles de manière définitive ou transitoire. Il s'agit donc ici de répondre à deux questions :

- y a-t-il perte de l'efficacité ?
- cette perte est-elle réversible ?

Différentes méthodes permettent de mesurer une détérioration.

■ Le psychologue clinicien infère le niveau intellectuel du patient en fonction de son niveau culturel « prémorbide » (avant la maladie). Puis, il pratique un test d'efficacité intellectuelle pour évaluer l'efficacité actuelle du patient. Enfin, le psychologue compare la performance obtenue à celle attendue, compte tenu de son âge et de son efficacité prémorbide.

QD : (subtests qui tiennent – subtests qui ne tiennent pas)/subtests qui tiennent. Un quotient positif évoque un risque de détérioration qui augmente avec le score du quotient.

■ La méthode dite de Barona, issue de travaux sur la WAIS-III, permet d'inférer trois QI (verbal, performance et QI total), en fonction de l'âge, du sexe, du niveau d'étude et de la profession du sujet. Puis, le psychologue compare ces *QI estimés* aux performances actuelles du patient à la WAIS, afin d'évaluer une éventuelle détérioration.

■ Un calcul du quotient de détérioration (QD) est possible à partir des subtests de la WAIS-III. Ce QD repose sur le postulat que certaines fonctions intellectuelles sont *plus stables*, moins sensibles à la détérioration (appelées fonctions « qui tiennent ») que d'autres très sensibles à un processus détérioratif (fonctions qui ne « tiennent pas »).

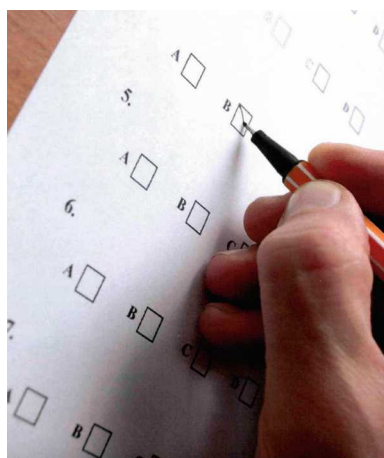
Exemples d'autres tests

Test de vocabulaire

L'acquisition du vocabulaire est corrélée (en lien) avec l'efficacité intellectuelle verbale. Ainsi, il existe des tests qui permettent d'obtenir un *QI verbal* (censé « tenir ») grâce à des questions de difficulté croissante, où le sujet doit choisir à partir d'un mot cible, le synonyme parmi six autres propositions (test de vocabulaire de Binois-Pichot et plus récent le Mill-Hill).

EXEMPLE

Exemple fictif de test de vocabulaire : « mot proposé : imputer :
Soulignez le synonyme parmi : ordonner – imposer – occasionner – attribuer – amputer – inculper. Le mot dont le sens se rapproche le plus de "imputer" est "attribuer". »



Andrzej Tokarski – Fotolia.com

Les tests de facteur « g »

Ces tests se veulent indépendants des aspects culturels et consistent à trouver une logique qui préside à une série de problèmes pour déduire un élément manquant de la série. Ils sont censés mesurer *l'aptitude générale de l'intelligence*. Les Tests de dominos (D-48, D-2000) et les Matrices de Raven (PM-38, PM-47) sont les plus utilisés.

Ces tests ont l'avantage de ne pas faire appel au langage et de mesurer les capacités de raisonnement abstrait.

Exemple fictif de test de facteur « g » :

« Complétez la suite logique suivante :

|| – ||

⊥ – ⊥

|| – ?

Choisissez parmi les six propositions : 1 – || 2 – || 3 – || 4 – ⊥ 5 – ⊥ 6 – ||

La bonne réponse est : 1 – || »

Par exemple, dans l'exemple ci-dessus, deux règles régissent la série de paires de figures géométriques : l'alternance bleu-rouge, et la rotation de 180 degrés de la seconde figure par rapport à la première.

Il faut déduire que le second élément est rouge (ce qui écarte les propositions 2 et 6), que la seconde figure est identique à la première, mais présentée sous une autre orientation spatiale (ce qui écarte 3 et 5). Cet item nécessite analyse de la logique, des aptitudes visuo-spatiales (être en mesure de faire tourner la figure dans l'espace) et une bonne discrimination visuelle (pour bien remarquer que 3 est différent de 1 au plan de la forme de la figure). La synthèse de ces éléments permet au sujet de choisir l'item 1.

Focus L'intelligence



Alfred Binet (1857-1911)
(archives du Laboratoire de psychologie expérimentale, université Rennes-II).
Il a été le directeur du laboratoire de psychologie expérimentale de Paris (fondé par Ribot).

C'est à Alfred Binet que l'on doit les premières études sur le fonctionnement intellectuel via la construction d'une échelle, en milieu scolaire, afin de repérer les enfants ayant des difficultés d'apprentissage. Ces travaux remontent au début du ^{xx}e siècle.

En Angleterre à la même époque, Spearman insiste sur l'existence d'un facteur commun à toute fonction impliquant l'intelligence : le facteur « g » (g pour général). À côté de ce facteur général, existe des facteurs spécifiques (« s ») ; lesquels varient en fonction des performances sollicitées et des outils utilisés pour les mesurer. Cette théorie dualiste s'avère aujourd'hui peu exacte.

Au début des années 1930, Thurstone, à partir d'études multifactorielles, réfute l'existence du facteur « g » et décrit une pluralité de facteurs dans une vision pluraliste de l'intelligence. Il définit alors sept facteurs : verbal, numérique, représentation spatiale, mémoire, perceptif, raisonnement, fluidité verbale.

Selon Catell, l'intelligence peut se définir selon deux composantes : l'intelligence fluide (la capacité à s'adapter à la nouveauté, à résoudre des problèmes jusqu'alors non rencontrés) et l'intelligence cristallisée (connaissances et expériences acquises grâce à l'intelligence fluide et qui resterait stable au cours de l'existence). C'est entre autre sur ce modèle que reposent aujourd'hui beaucoup de techniques psychométriques pour repérer des détériorations mentales.

Gardner, au milieu des années quatre-vingt-dix, insiste sur la multiplicité des formes d'intelligence et propose une typologie en sept facultés mentales différentes : linguistique, logico-mathématique (lesquelles sont très privilégiées dans les sociétés occidentales), musicale, spatiale, kinesthésique, intrapersonnelle et interpersonnelle. Il explique

qu'une composante tant à s'émousser si elle n'est pas utilisée.

Aujourd'hui, les sciences cognitives s'intéressent à l'intelligence dans une approche dynamique par les stratégies de résolutions de problèmes.

L'histoire de l'étude de l'intelligence montre une tendance au va-et-vient entre une approche globale de l'intelligence (facteur « g »...) et une approche plus élémentariste (décomposition en facteurs élémentaires comme le propose Thurstone). Les recherches actuelles tendent à être intégratives (Paulette Rozencwajg) ; le fonctionnement est considéré comme un ensemble de fonctions en interaction (cognitives, conatives, environnementales). Son objectif est d'appréhender le sujet dans sa globalité, en identifiant les différents aspects de ce fonctionnement au sein de tâches complexes par l'analyse des stratégies utilisées pour résoudre un problème.

Personnalité : ensemble des caractéristiques d'un individu consécutives à l'intégration dynamique de ses composantes émotionnelles, affectives et cognitives.

3. Le fonctionnement affectif et de la personnalité

Les tests psychométriques

Les tests objectifs de personnalité sont des questionnaires qui décrivent différentes situations qui recueillent la perception qu'à le sujet de ses émotions, pensées, croyances, comportements, modalités relationnelles, symptômes, lesquels sont regroupés en dimension (ex : extraversion/introversion). Les réponses font l'objet d'un traitement statistique et la synthèse repose sur la comparaison avec des normes ou des populations clairement identifiées au plan psychopathologique.

Le MMPI (*Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota*) est parmi les plus utilisés au monde par les psychologues dans le champ de la psychiatrie. Il a été conçu par Hathaway et McKinley dans les années quarante et a été depuis réactualisé. La forme française la plus récente est le MMPI-2, validée en France en 1996 par les ECPA. Il existe aussi une forme pour adolescents.

Une actualisation du test a eu lieu en 2013 : le MMPI-2-RF (forme restructurée). Elle vise à augmenter la compatibilité de l'outil avec les nouveaux modèles psychopathologiques, notamment le DSM-5, et la conceptualisation des troubles « internalisés » *vs* « externalisés ». (cf. ecpa.fr).

Il s'agit d'un questionnaire de cinq cent soixante-sept questions auxquelles il faut répondre par vrai ou faux. Le temps de passation, très variable d'un sujet à l'autre et de l'état psychique du sujet reste relativement long du fait du nombre important de questions. Les questions passent en revue la plupart des *symptômes psychopathologiques* et portent aussi sur les goûts, préférences dans différents domaines (vie relationnelle et familiale, religion, vie sexuelle...).

Un traitement des réponses, regroupées par échelles, permet d'obtenir des *profils*. Les scores sont comparés à une population de référence par le biais de notes T (moyenne = 50, écart type = 10) ; une échelle est considérée comme élevée quand elle dépasse le score de 65. Ce n'est pas l'élévation isolée des échelles qui comptent mais l'élévation respective de plusieurs échelles (le plus souvent deux ou trois) pour décrire le *fonctionnement du sujet*.

Certaines échelles renseignent sur la validité des réponses (mensonge, défense excessive, exagération des troubles, incohérence dans la manière de répondre).

D'autres enfin permettent d'observer des profils qui refléteront différentes configurations évocatrices de troubles psychopathologiques : profils névrotiques, profils psychotiques, profils mixtes, profils de caractère. Il s'agit des échelles principales, au nombre de 10.

Par ailleurs des *échelles complémentaires*, supplémentaires et de contenus ont été ajoutées et permettent d'affiner la description psychologique et/ou psychopathologique : tendance à l'addiction, attitude positive vis-à-vis d'un traitement, anxiété, refoulement...

Le NEOPI-R est à l'heure actuelle moins utilisé en clinique qu'en recherche. Il repose sur un modèle de la personnalité issu des travaux de psychologie différentielle : le modèle des « *Big Five* ». C'est un auto-questionnaire de deux cent quarante questions à partir duquel sont décrites *cinq dimensions de per-*



Infontruf - Fotolia.com

sonnalité retrouvées après une analyse factorielle des items auxquels le sujet a répondu. Ces cinq dimensions de personnalité sont :

- traits névrotiques ;
- extraversion ;
- ouverture ;
- altruisme ;
- caractère consciencieux.

Chaque dimension se décompose en *facettes*, avec par exemple pour la dimension « traits névrotiques » les six facettes que sont : anxiété, colère/hostilité, dépression, timidité sociale, impulsivité, vulnérabilité.

Pour chacune des facettes et des dimensions, le sujet obtient un score qui permet de le situer (très faible, faible, moyen, élevé ou très élevé) en fonction de l'étalonnage. Cet outil dimensionnel, moins axé que le MMPI sur la psychopathologie, permet d'obtenir un *profil psychologique* assez fin d'un sujet et de ce fait peut contribuer de manière pertinente à l'étude de la personnalité et de ses troubles.

Les tests projectifs

Le terme de projection ne renvoie pas ici au sens psychanalytique (un mécanisme de défense), mais à celui donné par Frank pour décrire le processus qui consiste à l'occasion de certains tests ou épreuves dites « projectives » de permettre à un sujet de révéler une partie de son monde interne, singulier (fantasme désir, angoisse, imagos parentales...), autrement dit sa personnalité. Les tests projectifs donnent une souplesse et une liberté de réponse plus importante que les épreuves psychométriques classiques (tests d'intelligence). Les deux tests projectifs utilisés chez l'adulte aujourd'hui sont le TAT et le Rorschach. Chez l'enfant, il existe des tests spécifiques, mais le dessin constitue un très bon matériel projectif, bien accepté par l'enfant.

Le *Thematic Apperception Test* a été créé par Henri Murray en 1943. Il s'agit de gravures en noir et blanc. Dans la méthode d'utilisation (psychanalytique) de ce test développée en France, toutes les planches originales ne sont pas utilisées, mais une sélection d'images, lesquelles peuvent changer, pour certaines, en fonction de l'âge ou du sexe de la personne qui passe le test. La consigne consiste à demander au sujet de raconter une histoire avec un début, un milieu et une fin, à partir des images présentées successivement. Le psychologue note scrupuleusement le récit, mais aussi les silences et manifestations comportementales (agitation soudaine, soupir, etc.). La méthode d'analyse repose sur le modèle psychanalytique et une analyse des procédés du discours qui renvoient à différentes *organisations psychologiques*. Chaque planche présente un contenu manifeste (par exemple planche 1 : un jeune garçon regarde un violon) et un contenu latent qui renvoie de manière inconsciente le sujet à différents moments de son développement (complexe d'Œdipe, position dépressive, angoisse de castration...). L'analyse des planches renseigne alors sur le degré de dépassement ou d'actualité de tel ou tel type de conflits (par exemple : fixations anales dans les structures obsessionnelles). L'analyse des procédés du discours associés à la problématique réactivée par la planche renseigne sur la structure de personnalité, au sens psychanalytique du terme (type d'angoisse fondamentale, mécanismes de défenses privilégiés, imago parentale, types de relation d'objets...).



Urbanhearts - Fotolia.com



Ferenc Szelepcsényi - Fotolia.com

Le sujet projette au travers des tests une partie de lui-même, un peu comme on projette un film sur un écran.



Melanie Klein (1882-1960), une grande figure de la psychanalyse, notamment pour son travail sur le développement affectif de l'enfant.

L'utilisation de cet outil nécessite une bonne connaissance des théories analytiques, freudienne et kleinienne.

Créé par Hermann Rorschach en 1921, le *test des taches d'encre* est aujourd'hui parmi les plus utilisés au monde par les psychologues. Hermann Rorschach a initialement développé cet outil afin de décrire les modalités de la perception des schizophrènes. Ainsi, il n'avait pas d'hypothèse *a priori* ; il est parti du constat empirique que les sujets schizophrènes voyaient dans ces taches, des choses bien différentes par rapport aux sujets non schizophrènes. Alors, il a eu l'intuition de posséder un matériel heuristique pour analyser la perception de ces patients. La particularité essentielle du test de Rorschach est donc d'avoir été créé avant de savoir ce qu'il allait mesurer, ce qui n'est pas commun dans la démarche de construction d'un test psychologique, et qui n'est pas sans conséquence.

Créé en l'absence de modèle théorique sous-jacent, le débat est aujourd'hui encore ouvert afin de savoir ce qu'il permet de tester : perception, inconscient, personnalité...

Hermann Rorschach est resté fidèle à son *hypothèse perceptive* et s'est employé à décrire les modalités perceptives en définissant des variables permettant de caractériser la démarche perceptive (réponses mues par la forme, la couleur, des kinesthésies ou sensations de mouvement, etc.). La structure du stimulus (tache d'encre) fait de la démarche perceptive une démarche interprétative, dans laquelle des caractéristiques individuelles, singulières (Frank dira plus tard « projectives »), vont apparaître. Mais Hermann Rorschach décède de manière brutale à l'âge de 38 ans, laissant un travail inachevé.

Après Rorschach, et face à l'absence d'un modèle théorique de référence, les utilisateurs du Rorschach se sont alors référés aux deux théories psychologiques majeures de l'époque : la *psychologie de la forme* d'une part, et la *psychanalyse* d'autre part.

La psychologie de la forme est une psychologie de la perception et s'inscrit de ce fait dans la continuité de l'hypothèse d'Hermann Rorschach pour donner naissance au courant d'études sur le Rorschach reposant sur « l'hypothèse perceptive ».

L'approche psychanalytique (dite « méthode classique » ou « méthode française » en France aujourd'hui) repose quant à elle sur « l'hypothèse projective ».

Ces deux courants donneront naissance à des sous-écoles, pouvant se rattacher à l'une ou à l'autre des hypothèses.

En France, le modèle qui s'est le plus développé repose sur l'hypothèse projective, en référence à la psychanalyse. Dans les approches psychanalytiques, dont Catherine Chabert est la figure emblématique contemporaine, le postulat repose sur une analogie de structure entre le matériel produit lors de la passation du test et le matériel recueilli au cours d'une cure analytique ou lors d'un rêve. Chaque planche possédant des « sollicitations latentes », renvoyant à différents conflits de développements, des fantasmes. La manière dont le sujet va tenir compte de la nature objective du stimulus, l'invitant à régresser, tout en y ajoutant du singulier, prendra sens en fonction du contenu latent de la planche, mais aussi leurs successions tout au long de l'épreuve, dans des enjeux transféro-contre-transférentiels entre le sujet testé et le psychologue. Chabert fait ainsi référence à la notion d'« aire transitionnelle » (Donald Winnicott) pour rendre compte de ce phé-

nomène. Apparaissent alors : type d'angoisse, points de fixation et positionnement par rapport au complexe d'Œdipe, mécanismes de défense, image du corps, économie narcissique, relations d'objets... ce qui permet de décrire, en termes psychanalytiques, un fonctionnement psychique normal ou pathologique dans ses caractéristiques individuelles pouvant contribuer à la définition d'un projet thérapeutique.

Focus

L'utilisation du Rorschach selon l'hypothèse perceptive : le système intégré de John Exner

Le système intégré (*Comprehensive System*) est une méthode d'administration, de cotation et d'interprétation du test élaboré par John Exner aux États-Unis. C'est une synthèse des cinq grandes écoles du Rorschach recensées aux États-Unis à la fin des années cinquante.

Exner a entrepris un travail de validation empirique considérable en testant les postulats de ces cinq écoles, et n'a conservé que les variables empiriquement validées par des critères externes. La première version du système intégré a été publiée en 1974 et n'a cessé depuis d'évoluer. Les derniers changements majeurs ont eu lieu en 2000 et John Exner est décédé en 2006.

Une fois les critères empiriques établis, Exner a entrepris un travail de validation chez des enfants, adolescents et adultes ainsi que sur des groupes psychopathologiques bien définis au plan diagnostique. Il a, de plus, défini des critères stricts de standardisation et de cotation des réponses et il a établi une méthodologie rigoureuse pour l'interprétation.

Ses qualités psychométriques sont aujourd'hui démontrées et largement documentées. Encore peu développé en France, il répond pourtant aux critères de sensibilité, de validité et de fidélité faisant de cet instrument un réel test psychologique. Son intérêt réside dans l'obtention d'un grand nombre de variables infra-cliniques en un minimum de temps, dans les domaines psychologiques suivants : contrôle et tolérance au stress, gestion des affects, perception de soi et des relations, traitement de l'information, médiation cognitive et idéation.

Exner considère ce test comme une tâche de résolution de problèmes. Il repose sur un modèle perceptivo-cognitif de la production de réponse. La consigne : « qu'est-ce que cela pourrait être ? » invite le sujet à un exercice perceptif qui consiste à identifier des percepts dans un stimulus dit « ambigu ». De ce fait, l'activité perceptive devient une interprétation et c'est dans cette interprétation que des caractéristiques psychologiques vont se profiler. En effet, la manière dont le sujet va résoudre ce problème nous donne un échantillon de sa manière de résoudre les problèmes en général et permet alors, par inférence, de décrire son fonctionnement psychologique.

Le test des taches d'encre est encore critiqué et génère de la méfiance. Réputé d'une validité douteuse et parfois comparé au « marc de café », il a pourtant, grâce au système intégré, acquis un statut scientifique faisant de lui un outil particulièrement adapté pour la clinique et la recherche.

Son implantation en Europe date de la fin des années quatre-vingt, et Anne Andronikof a traduit en français les ouvrages d'Exner depuis 1993. De même, l'association européenne du Rorschach pour le système intégré (AER/ERA) s'est créée dans le but de diffuser son utilisation en Europe et d'établir des normes. Elle a depuis été remplacée par l'Association Internationale pour le Rorschach en Système Intégré (CSIRA). Une première publication (*Psychologie française*, 2004) a établi des normes préliminaires francophones (146 adultes).

Notons qu'une nouvelle méthode d'utilisation du Rorschach, dérivée du système intégré, se voulant simplificatrice et internationale, a récemment vu le jour aux États-Unis en 2011, sous la houlette de G. Meyer : le « *Rorschach Performance Assessment System* » (R-PAS). Mais celle-ci semble susciter quelques réserves chez les Européens, à propos notamment de la modification de la consigne initiale et de l'« internationalisation » des données normatives. L'avenir nous dira si ce modèle se développera en Europe.



Le compte rendu écrit est souvent un exercice délicat.

4. Le compte rendu de bilan psychologique

À l'issue du bilan, la déontologie impose que l'on fasse un retour au sujet. Ce retour s'effectue à l'oral, lors d'un entretien dit de « restitution ». Il convient de :

- revenir sur le motif du bilan ;
- reprendre avec le patient la ou les questions de départ ;
- lui proposer une réponse, en lui laissant évidemment la possibilité de questionner les résultats, transmis en un langage compréhensible, adapté.

Il s'agit aussi de laisser la possibilité au patient de s'exprimer, d'acquiescer, de réfuter, de compléter les observations que le psychologue lui proposera. En effet, les tests ne sont que des outils et comportent des limites. Par ailleurs, les résultats statistiques ne reflètent jamais l'exhaustivité ni la complexité d'un individu.

Le compte rendu écrit d'examen psychologique est aussi une synthèse, adressée à un destinataire précisément identifié (le demandeur du bilan), qui a pour but de répondre à la question qui avait motivé la réalisation du bilan.

Par ailleurs, en contexte hospitalier, compte tenu de la loi de mars 2002, le patient pourrait, s'il le souhaite, consulter ce compte rendu dès lors qu'il est inclus dans le dossier médical (ce qui n'est pas une obligation).

Le psychologue doit donc avoir toujours présent à l'esprit que ce qu'il écrit doit pouvoir être lu par l'intéressé, et que cela puisse répondre à la demande de ce dernier (ce qui nécessite, rappelons-le, une importante clarification du motif avec le patient avant de commencer l'examen psychologique).

Si lors des études en psychologie, il est demandé à l'étudiant une analyse extrêmement détaillée d'un protocole de test (nécessaire à l'apprentissage), il est évident que, dans le compte rendu, ne figurera qu'un nombre très restreint d'informations par rapport à tout ce que le psychologue aura extrait de l'analyse de l'ensemble du bilan. Le but étant toujours de répondre à la question posée, laquelle en général tourne autour de la question du diagnostic et de l'indication thérapeutique.

Il est évident qu'il faut proscrire tout jargon, tout élément directement relatif à l'inconscient, ainsi que tout discours banal et non spécifique.

EXEMPLES

Exemple de référence directe à l'inconscient : « Si l'on se réfère à l'appareil psychique du sujet, il apparaît que les exigences du surmoi demeurent peu fiables quant à leur fonction de préservation d'un passage à l'acte dont les conduites actuelles sont inconsciemment l'enjeu ».

Exemple de discours non spécifique : « Un soutien psychologique serait important pour l'aider » : cette phrase, trop vague et trop générale, sans argumentation, risque de discréditer l'ensemble de l'écrit, voire le professionnel, voire la profession !

Cet exercice constitue donc en « une épreuve de style », qui vise à apporter quelque chose au patient, et non de pouvoir montrer aux collè-

gues demandeurs de bilan, que le psychologue a su voir, comprendre et analyser en finesse la globalité du fonctionnement psychique d'un patient.

Au plan formel, le compte rendu (qui peut prendre la forme d'un courrier) doit comporter les coordonnées du psychologue, sa signature ; la mention précise du destinataire et la mention « confidentiel ». Quant au contenu, une fois le cadre formel décrit (nombre et dates des rencontres avec le patient), l'analyse devra être claire, précise et argumentée. Elle reposera donc sur la sélection d'éléments pertinents issus de la masse totale d'information recueillie, transcrits en un langage compréhensible.

Deux pages constituent (sauf exception) une quantité suffisante d'information. Plus le volume augmente, plus il existe un risque que le destinataire fasse une lecture en diagonale (donc tronquée) de l'écrit. Cet exercice demande un effort de synthèse et de concision, ce qui ne permet pas de faire l'économie du travail préalable d'analyse détaillée des données du bilan.

Focus

L'évaluation thérapeutique de Stephen Finn : une nouvelle approche prometteuse du « bilan psychologique »



Un psychologue américain, Stephen Finn, propose une nouvelle approche du « bilan psychologique », semi-structurée et collaborative, qu'il nomme « l'évaluation thérapeutique ». Le bilan y est conçu comme un outil de changement, moyennant quelques aménagements par rapport à l'évaluation « traditionnelle ».

Il s'agit en premier lieu d'impliquer au maximum l'usager dans la démarche, en commençant, quelque soit le demandeur du bilan, par une phase de clarification avec le « client » : quelles questions se pose-t-il, lui, en tant que patient ? (ex. : Pourquoi suis-je à ce point

déprimé ? Pourquoi est-ce que je continue à prendre des risques alors que je sais que je me fais du mal ? Etc.).

Ces questions deviennent la base à partir de laquelle le psychologue va choisir alors les tests les plus à même de répondre aux questions (Rorschach, MMPI, etc.), en impliquant toujours au maximum le patient : en lui expliquant à quoi va servir tel test, à communiquer ses impressions à l'issue du test...

Cette évaluation se déroule sur plusieurs rencontres (un test par rencontre). Les tests sont utilisés avec toute la rigueur nécessaire puis, dans un second temps, le psychologue peut s'aider d'autres outils, plus ou moins standardisés (ex. : jeux de rôles, quelques planches du T.A.T...) afin d'augmenter l'insight du patient, pour l'aider à entendre, avec beaucoup d'empathie, des informations plus ou moins congruentes avec la représentation qu'il a de lui-même.

Après la phase de synthèse, le psychologue envoie une lettre au patient, qui reprend les points importants de la démarche, avec, le cas échéant, copie au tiers demandeur du bilan. Cette démarche « en transparence », s'inscrivant dans une approche très humaniste de l'évaluation, a démontré son efficacité (diminution des symptômes, augmentation de l'estime de soi, augmentation de l'implication dans une démarche psychothérapeutique ultérieure...). Elle constitue donc une approche psychothérapeutique « brève », qui, si elle ne se substitue pas à une psychothérapie, est déjà vectrice de changements chez les usagers.

Www.

www.
therapeuticassessment.
com

IV. LA RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE

1. Définir

Quelle place pour la recherche ?

Le champ de la recherche est indispensable à toute discipline scientifique. En effet, c'est le moyen d'acquérir de nouvelles connaissances et d'améliorer *in fine*, dans le champ de la psychologie clinique et la psychopathologie, les prises en charge des patients.

Lors de la formation universitaire des psychologues, une place importante est laissée à la recherche. D'une part car l'exercice intellectuel qu'elle implique permet d'acquérir une rigueur méthodologique et d'autre part, parce que les psychologues sont de plus en plus attendus dans ce champ de compétence (à l'hôpital, dans les entreprises, etc.).

Une fois diplômé, la recherche peut également faire partie du travail de tout psychologue clinicien, à son initiative ou à celle de l'institution dans laquelle il exerce.

Enfin, le psychologue clinicien peut devenir un enseignant-chercheur, dont l'une des missions est le développement de la recherche fondamentale appliquée, pédagogique, ainsi que la valorisation des résultats obtenus. Pour devenir enseignant-chercheur titulaire, le psychologue clinicien doit avoir un master-2, et avoir soutenu une thèse de doctorat. Après qualification attribuée par le Conseil National des Universités (section 16) à la suite d'une expertise de son dossier, le docteur en psychologie postule pour un poste de maître de conférences des universités. S'il obtient un poste, il est titularisé au bout d'un an, après une nouvelle expertise, celle de son rapport d'activité en tant que maître de conférences stagiaire. Il est possible par la suite de passer une habilitation à diriger des recherches (HDR), qui permet d'encadrer des thèses et de postuler pour obtenir un poste de professeur des universités.

L'objectif de la recherche

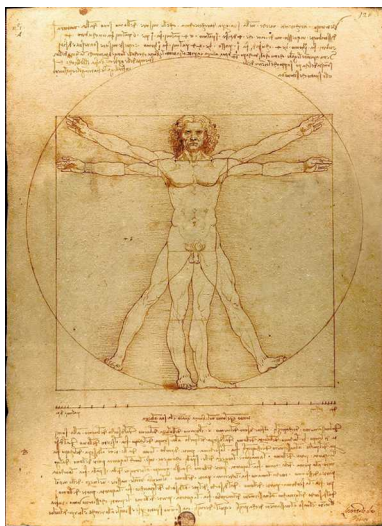
La recherche a pour but de produire un type de connaissance sur un phénomène qui ne soit pas de l'ordre du présupposé, du préjugé. Cela implique, pour produire ce type de connaissance de définir des méthodes spécifiques, qui ne sont pas propres à la psychologie, mais aux sciences en général, qu'elles soient humaines ou dites « exactes » (physique, chimie, biologie, etc.).

Les méthodes vont cependant différer en fonction essentiellement de l'objet d'étude. En effet, la psychologie clinique travaille « sur l'humain », pas sur des cellules, ni des molécules.

Cela impose des limitations méthodologiques et éthiques. De plus, compte tenu de la pluralité des modèles théoriques, certains sont plus propices à tel ou tel type d'approche méthodologique et produiront différents types de savoirs scientifiques.

Www.

Site de l'association des
enseignants-chercheurs
en psychologie des
universités : <http://www.aepu.fr>



Luc Viatour - Fotolia.com

En psychologie clinique aussi,
l'homme est au centre de tout.
« L'homme de Vitruve » par Léonard
de Vinci (1485-1490, Venise, Galleria
dell'Accademia).

2. Spécificités de la recherche en psychologie clinique

Les deux formes de recherche

La recherche en psychologie clinique se différencie de la recherche en psychopathologie bien qu'elles se rejoignent. Au sens strict, l'objet de la psychopathologie est la maladie mentale et celui de la psychologie clinique est l'individu. Nous nous centrerons sur la recherche en psychologie clinique.

Selon Fernandez et Catteeuw (2001), on peut distinguer deux grands types de recherche en psychologie clinique :

- la recherche en clinique ou recherche objectivante ;
- la recherche clinique ou recherche non objectivante.

La recherche objectivante ou la recherche en clinique

Comme sa dénomination l'indique, dans ce modèle, l'épistémologie se rapproche des sciences dites exactes. Le chercheur vise à obtenir des connaissances validées, communicables et reproductibles. De ce fait, la démarche de recherche est programmée à l'avance, consiste à émettre une ou des hypothèses qui seront testées grâce à un dispositif standardisé, qui permettra de confirmer ou d'infirmer la ou les hypothèses. Dans une telle démarche, l'objet de recherche est réduit à une expression mesurable, quantifiable et les biais dus aux facteurs humains tendent à être minimisés au maximum. Dans sa forme la plus perfectionnée (recherche expérimentale), elle permet d'établir des liens de cause à effet entre plusieurs phénomènes.

Dans le cadre de recherches objectivantes qui tendent vers la recherche expérimentale, il est plus fréquent d'obtenir des données de type *corrélational* : lorsque le phénomène A est observé, le phénomène B est observé conjointement (sans que l'on puisse savoir si A est cause de B, B cause de A).

Ce type de recherche implique une méthodologie rigoureuse, avec des outils qui répondent à des critères stricts de validités (tests psychométriques, échelles cliniques, questionnaires).

La recherche non objectivante ou recherche clinique

Ce type de démarche est assez opposé à la première dans la mesure où, loin de chercher à réduire le phénomène pour mieux l'observer et le quantifier, dans cette démarche, c'est au contraire la complexité et l'exhaustivité qui est recherchée, au sein même de *la situation clinique* (et non en laboratoire). Il s'agit ici pas tant d'expliquer que de comprendre, et la position du chercheur est au centre du processus quand, dans la démarche objectivante, on tend à la réduire au maximum. L'accent est mis sur *l'individu global* (démarche clinique) et la méthodologie est celle de l'étude de cas.

Point commun

Si les méthodes de recherche peuvent varier, un élément va spécifier la recherche en psychologie clinique. L'interrogation première (dite « ques-



Quelles sont les deux grandes formes de recherche en psychologie clinique ?

tion de recherche ») prend toujours corps dans une *interrogation clinique*, c'est-à-dire à partir de quelque chose qui aura été observé *in vivo*. Une question naît à partir d'une conduite observée, d'une relation humaine qui interroge, etc. Même si la recherche porte sur des aspects fondamentaux (utilité de tel ou tel test pour évaluer quelque chose, par exemple), cette recherche prend toujours naissance dans une interrogation, voire une nécessité de réponse, en lien avec la clinique.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Quels sont les principes généraux de la déontologie en psychologie clinique ? 57

Le respect des règles du code de déontologie repose sur une réflexion éthique et une capacité de discernement, dans l'observance d'un certain nombre de grands principes, ci-dessous. Dans l'ensemble des circonstances où le psychologue estime ne pas pouvoir respecter ces principes, il est en droit de faire jouer la clause de conscience.

Grands principes :

1. respect des droits de la personne ;
2. compétence ;
3. responsabilité ;
4. probité ;
5. qualité scientifique ;
6. respect du but assigné ;
7. indépendance professionnelle.



Quels sont les principaux secteurs d'activité en institution ? 65

Les principaux secteurs sont : la santé ; le domaine de l'insertion, de la réinsertion, du social et de la prévention ; le domaine scolaire ; celui du judiciaire ; et enfin celui de la formation et l'enseignement. Il est bien évident que ce découpage est arbitraire, plusieurs activités pouvant appartenir à différents secteurs. Ainsi, reprenons les exemples donnés pour le domaine de la santé :

- secteur de la santé, mais aussi... ;
- accompagnement de patients hospitalisés : domaine de la prévention mais aussi de la réinsertion sociale (qui est anticipée) ;
- évaluation de personnes en attente d'une greffe : domaine de la prévention (de décompensation psychopathologique...) ; participation à l'éducation du patient également dans certains cas ;
- bilan à visée diagnostique : dimension sociale et parfois de prévention ;
- organisation de groupes thérapeutiques : domaine de l'insertion ou de la prévention de la désocialisation, domaine de la formation pour certains groupes (comme le debriefing, qui comprend une dimension éducative et didactique) ;
- soutien familial : domaine de la prévention (de décompensation).



Quand un bilan psychologique peut-il intervenir ? 67

L'objectif d'un bilan est de répondre avec des arguments psychologiques à une demande d'exploration diagnostique, le plus souvent afin de contribuer à la définition d'un projet thérapeutique. L'examen psychologique peut intervenir dans les situations suivantes pour :

- contribuer au diagnostic ;
- définir une intervention ou stratégie thérapeutique ;
- évaluer des changements après prise en charge.



Quelles sont les deux grandes formes de recherche en psychologie clinique ? 79

Selon Fernandez et Catteeuw, on peut distinguer deux grands types de recherche en psychologie clinique :

- la recherche en clinique ou recherche objective ;
- la recherche clinique ou recherche non objective.

Le premier type de recherche se rapproche de la méthodologie des sciences dites exactes, et de la méthodologie médicale en particulier. Le second type de recherche est plus axé autour de la complexité de l'objet d'étude et de la recherche d'une compréhension la plus exhaustive possible du phénomène étudié.

Lectures conseillées

Pour commencer

ANZIEU D., CHABERT C. (1983). *Les Méthodes projectives*, Paris, PUF, 9^e éd. mise à jour, 1992.

CHABERT C. (2018). *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.

VINAY A. (2020). *Le Dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Dunod, 3^e édition.

Pour aller plus loin

CASTRO D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte. WAIS IV, MMPI-2, Rorschach, TAT*, Paris, Dunod, 2^e éd.

DUPONT M., LEBRUN P.B. (2019). *Aide-mémoire de droit à l'usage des psychologues en 50 notions*, Paris, Dunod.

EXNER J. (1993). *Le Rorschach : un système intégré*, Paris, Frison-Roche.

Le Journal des Psychologues, décembre 2014-janvier 2015, n° 323. Dossier : L'évaluation thérapeutique : un nouveau paradigme clinique.

SULTAN S. (2004). *Le diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique*, Paris, Frison-Roche.

SULTAN S., CHUDZIK L. (2010). *Du diagnostic au traitement : Rorschach et MMPI-2*, Wavre, Mardaga.

De nombreuses ressources en ligne et une très intéressante rubrique « liens ». <http://www.psychologue.fr>

Www. PSYCHOLOGIE SCOLAIRE

Site de l'Association française des psychologues scolaires (présentation du métier, etc.) <http://www.afps.info>

Www.

www.therapeuticassessment.com

Webographie

Www. MÉTIER DE PSYCHOLOGUE CLINICIEN

Sans doute l'un des sites les plus complets sur le sujet, tenu par un psychologue clinicien.

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Le code de déontologie n'a PAS pour but de :
 - ☐ protéger le public et les psychologues contre les mésusages de la psychologie.
 - ☐ protéger le public et les psychologues contre les méthodes et techniques se réclamant abusivement de la psychologie.
 - ☐ renseigner les usagers sur les écoles en psychologie clinique.
2. L'exigence de qualité scientifique inscrite dans le code de déontologie :
 - ☐ ouvre la possibilité de débats contradictoires entre professionnels.
 - ☐ définit ce que sont les pratiques admises aux yeux de la science.
 - ☐ n'est pas mentionnée dans ce code, mais dans le code de la recherche.
3. Le titre de psychologue :
 - ☐ est protégé depuis 1975.
 - ☐ est protégé depuis 1985.
 - ☐ n'est pas encore protégé, du fait de la difficulté de donner un statut aux psychothérapeutes.
4. Dans le code de déontologie est inscrit :
 - ☐ la possibilité de déposer une plainte au conseil de l'ordre des psychologues.
 - ☐ la possibilité pour le patient de demander une contre-évaluation.
 - ☐ le caractère absolu des conclusions du psychologue clinicien.
5. Le code de déontologie :
 - ☐ doit être appliqué par un stagiaire psychologue.
 - ☐ ne concerne que les professionnels de la psychologie.
 - ☐ concerne tous les professionnels de santé.
6. Les outils et techniques du psychologue clinicien :
 - ☐ sont à sa discrétion et peuvent être d'origine multiple.
 - ☐ sont communs avec ceux utilisés par les psychiatres.
 - ☐ doivent tous avoir été validé scientifiquement.
7. L'exercice libéral en psychologie clinique représente :
 - ☐ 15 %.
 - ☐ 25 %.
 - ☐ 35 %.
8. L'exercice institutionnel :
 - ☐ est un exercice libéral dans un cadre institutionnel.
 - ☐ désigne une activité salariale.
 - ☐ aucune de ces propositions.

9. L'activité « itinérante » :

- ☐ désigne une activité où le psychologue clinicien va à la rencontre des usagers.
- ☐ désigne une activité spécifiquement en ONG.
- ☐ est incompatible avec tout dispositif en psychologie clinique.

10. Le psychologue clinicien est :

- ☐ un cadre possédant son propre statut.
- ☐ un personnel médical.
- ☐ un personnel paramédical.

11. La neuropsychologie étudie :

- ☐ les comportements des neurones cérébraux.
- ☐ les liens entre fonctionnement cérébral et comportements.
- ☐ l'étude de la personnalité des patients atteints de troubles neurologiques.

12. Le test de Rorschach en système intégré permet :

- ☐ d'explorer les stratégies de résolutions de problèmes.
- ☐ d'explorer la personnalité au sens psychanalytique du terme.
- ☐ d'obtenir un profil d'aptitudes intellectuelles et un QI.

13. Une détérioration mentale témoigne :

- ☐ d'un trouble organique cérébral.
- ☐ d'une perte des compétences intellectuelles par rapport à un état antérieur.
- ☐ d'une perte des compétences intellectuelles par rapport à un état antérieur d'étiologie à préciser.

14. Un compte rendu de bilan psychologique doit :

- ☐ rendre compte de toute la complexité psychologique d'un individu et se doit donc d'être un rapport écrit long (10 pages au minimum).
- ☐ être fait au patient et au demandeur du bilan.
- ☐ être rédigé en termes flous afin de ne pas « figer » le patient.

15. Un MMPI-2 et un TAT :

- ☐ ne doivent pas être utilisés dans un même bilan car renseignent tous les deux sur la même chose.
- ☐ sont complémentaires car investiguent des dimensions psychologiques différentes.
- ☐ peuvent être faits passer par des médecins.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Reliez chaque secteur d'activité à sa fonction correspondante.

Faire un bilan de personnalité participant à un diagnostic psychiatrique	Santé
Faire un atelier d'éveil pour une population de patients autistes	Insertion
Suivre un mémoire de recherche étudiant	Réinsertion
Rencontrer des patients atteints du sida en hôpital de jour de médecine interne	Social
Rencontrer un patient pour un syndrome de stress post-traumatique suite à un accident de la voie publique, à l'hôpital	Prévention
Participer à un entretien d'annonce de diagnostic somatique (type cancer)	Scolaire
Travailler dans une cellule médicale au sein d'une prison	Judiciaire
Participer à un programme d'information autour des effets du cannabis en lycée	Formation
Travailler dans un bus d'accueil pour personnes prostituées	Enseignement

Exercice 2 : Dans une situation de travail en pluridisciplinarité (avec médecins, infirmières...) en institution de santé, exposez la notion de secret professionnel pour un psychologue clinicien.

Exercice 3 : Mr X., 40 ans, sollicite un psychologue en libéral par téléphone. Il explique que son enfant de 8 ans, Armand, a des difficultés scolaires et que le professeur des écoles lui a conseillé de consulter un psychologue. Le psychologue convient d'un premier rendez-vous et demande aux deux parents de venir avec Armand.

Seul le père accompagne son fils à la consultation. Le psychologue reçoit seul le père tandis qu'Armand dessine dans la salle d'attente. Le père explique au psychologue qu'il est en instance de divorce avec la mère d'Armand, que la situation entre eux deux est très conflictuelle. Il précise que Mme n'est pas au courant de la démarche de consultation psychologique entreprise. Les deux parents ont l'autorité parentale et l'exercice de celle-ci.

Que faire ?

- A. Le psychologue n'a pas besoin de contacter ni d'avertir la mère, puisque le père est détenteur de l'autorité parentale.
- B. Le psychologue se doit d'avoir l'autorisation de la mère pour effectuer toute intervention psychologique avec Armand.
- C. Le psychologue se doit simplement d'avertir la mère de la démarche.
- D. Le psychologue doit avoir l'autorisation orale d'Armand pour contacter sa mère.
- E. Le père doit donner son accord pour que le psychologue contacte la mère.
- F. C'est plus compliqué que cela...



LES SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

Avec le bilan psychologique, les suivis thérapeutiques (activité de soutien psychologique et psychothérapies) constituent le domaine de prédilection du psychologue clinicien. À l'instar du bilan, le soutien psychologique (ou thérapie de soutien) et les psychothérapies sont sous-tendus par des théories cliniques, voire psychopathologiques. La question du soutien renvoie à la dimension de l'accompagnement qu'un psychologue peut faire auprès d'un patient par exemple hospitalisé pour un temps bref, ou plus long et qu'un travail de ce type est requis (par exemple, soutien psychologique des patients en fin de vie). Quant à la question des psychothérapies, elle renvoie à une stratégie précise de prise en charge d'un certain nombre de troubles psychiques, avec comme levier thérapeutique les capacités psychiques du bénéficiaire. Ces deux activités demandent une formation sérieuse, question que nous reprendrons.

Définitions

Thérapie de soutien

C'est une modalité de suivi d'un individu qui consiste en un travail d'accompagnement dans « l'ici et maintenant » afin de soutenir le patient aux prises avec une difficulté précise et circonstanciée. Il s'agit moins d'un travail d'introspection psychique que d'une mobilisation des ressources pouvant aider le patient à mieux gérer une situation donnée, source de déséquilibre pour lui et ayant des répercussions sur sa dynamique psychologique.

Psychothérapie

Modalité de prise en charge psychologique d'un trouble psychique chez un patient ou plusieurs (psychothérapie de groupe). Ce trouble peut être dû à un déséquilibre purement psychologique, ou en répercussion à un événement autre (deuil, annonce de diagnostic, traumatisme physique...). Les modalités mises en place pour mener une psychothérapie relèvent de la mobilisation de capacités en lien avec l'esprit humain, dans un cadre approprié.

Une pratique psychothérapeutique est toujours adossée à un corpus psychopathologique : métapsychologie pour la psychanalyse, psychologie cognitive pour les TCC, etc.

Focus

« Usage du titre de psychothérapeute »
(Source : site de l'ARS (Agence Régionale de Santé))

L'article 52 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifiée, relative à la politique de santé publique, régit l'usage du titre de psychothérapeute et impose l'inscription des professionnels au registre national des psychothérapeutes. Le décret du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié par le décret du 7 mai 2012 en précise les modalités. Il s'agit d'affirmer que l'usage du titre de psychothérapeute est réservé aux personnes ayant une solide formation en psychopathologie clinique (400 heures minimum) avec une expérience dans des services agréés (stages) d'une durée d'au moins 5 mois. Concernant les connaissances en psychopathologie clinique, elles couvrent les contenus suivants :

- développement, fonctionnement et processus psychiques ;
- critères de discernement des grandes pathologies psychiatriques ;
- différentes théories constitutives de la psychopathologie clinique ;
- principales approches utilisées en psychothérapie.

Du fait de leur formation initiale, les psychiatres et psychologues peuvent de droit faire usage du titre de psychothérapeute.

I. LA THÉRAPIE DE SOUTIEN



Qu'est-ce que la
thérapie de soutien ?

1. Situer le propos

Toute situation de difficulté dans la vie d'un patient, voire de souffrance, n'engage pas forcément vers une évaluation globale de la dyna-

mique psychique du patient (bilan psychologique), ni vers une psychothérapie (qui vise un changement majeur, profond et si possible durable). Trois contextes différents peuvent justifier de l'intervention d'un psychologue clinicien sous la forme d'un soutien :

- lorsque la problématique est circonscrite, en lien avec la santé : difficile acceptation d'une situation d'hospitalisation, anxiété pré-opératoire, difficulté d'adaptation à une pathologie, annonce d'une maladie grave, soutien aux proches d'un patient hospitalisé... Mais aussi : soutien lors d'explorations médicales longues (neurologiques avec suspicion d'une pathologie lourde, comme la sclérose latérale amyotrophique), soutien lors de traitements contraignants (comme la radiothérapie ou le traitement par interféron), etc. ;

- lorsque la problématique est circonscrite, en lien avec d'autres dimensions : accompagnement de personnes en réinsertion sociale, procédure de divorce, temps post-décès du conjoint, enfant en difficulté scolaire, violence conjugale, etc. ;

- lorsque le cadre d'intervention est « réduit » : accompagnement lors de l'ouverture du dossier des origines pour les pupilles de la Nation, debriefing psychologique sur les lieux d'un drame, patient en fin de vie, etc.



Gina Sanders – Fotolia.com

La thérapie de soutien n'est pas seulement « soutenir » un patient ; elle possède un cadre plus influent et mobilisant.



Lisa F. Young – Fotolia.com

Focus Le groupe de parole

Le groupe de parole peut être perçu comme une forme de thérapie de soutien. Il s'agit d'un dispositif en groupe, qui peut s'adresser principalement :

- à des patients concernés par un même trouble ou pathologie (alcoolisme, cancer...).

Le groupe de parole n'est alors pas une approche exclusive pour ces patients et peut venir en complément de suivis thérapeutiques ou psychothérapeutiques en individuel ;

- à des soignants (infirmiers, aides-soignants, médecins...) qui assurent des prises en charge réputées difficiles (service d'onco-hématologie, soins palliatifs pédiatriques...), ou qui travaillent dans un service au rythme intense, avec peu de temps par ailleurs de réflexion autour des pratiques (soins intensifs, réanimation...).

Le groupe de parole réunit un ensemble de personnes à intervalle défini (hebdomadaire ou mensuel, le plus souvent), pour une durée fixée. Le groupe est animé par un professionnel de la thérapie, qui assure à la fois un travail de dynamique de groupe, de facilitation de la parole et des émotions, et de gestion de la vie psychique groupale. Il est le garant des règles de fonctionnement de ce temps commun de parole et s'assure que chaque personne peut intervenir dans le respect de ses expressions, de ses convictions et de ses valeurs.

Le but de ces groupes est le partage autour de difficultés communes, et que chacun peut trouver de nouvelles ressources par rapport à ses difficultés. Également, ce qui est visé est une certaine catharsis émotionnelle ainsi qu'une élaboration psychique et intellectuelle commune. Ces derniers points différencient le groupe de paroles du travail accompli par les groupes d'auto-soutiens, de type « alcooliques anonymes ».

La *thérapie de soutien* n'est pas une forme « sous-modulée » de la psychothérapie. Elle possède de véritables fonctions d'encadrement psychique et de restauration du patient.



Quelles sont les spécificités du soutien psychologique ?

L'objectif fixé est le plus souvent de permettre à un individu de mieux gérer et s'adapter à une situation qui se présente dans l'ici et maintenant. La thérapie de soutien va aider à faire le point sur ladite situation, à mobiliser les ressources psychiques et ses capacités d'adaptation, et à envisager des façons pour vivre du mieux possible la situation telle qu'elle se présente.



Toute situation traumatisante peut mener à engager pour soi une thérapie de soutien

La situation problématique n'est jamais anodine pour le sujet (si c'était le cas, la thérapie de soutien ne se justifierait pas). Elle possède des incidences psychiques et met à mal les modalités de défense du sujet, qui bien souvent se sent « débordé » et « moins sûr de lui ». La thérapie de soutien, lorsque le patient en fait la demande, est là pour aider à ce qu'une meilleure adaptation se fasse et qu'un nouvel équilibre psychique se trouve.

Précisons enfin que la thérapie de soutien peut avoir une dimension préventive, en essayant d'évacuer un risque par exemple de syndrome post-traumatique, ou une rechute de bouffées anxieuses.

EXEMPLES

Exemple 1 : à l'annonce de diagnostic pour un tiers (schizophrénie chez un jeune adulte), l'entourage, et particulièrement un parent, peut être dépassé par la situation, avoir un sentiment d'incompréhension, voire même commencer à se demander ce qui a pu être « mal fait », notamment dans l'éducation. Cette situation peut nécessiter un temps de parole où les interrogations pourront être « mises à plat » et que le parent en question puisse mieux appréhender la situation.

Exemple 2 : lors d'une procédure d'examens médicaux longs (premières investigations, examens complémentaires, temps d'analyse, rendez-vous médicaux de retour d'analyse espacés), le patient peut être particulièrement angoissé. Non seulement les premières incertitudes sur l'avenir sont présentes, mais aussi parfois une anticipation des possibles handicaps à venir, ou altérations supposées. Ce temps peut nécessiter un accompagnement où se mêlent idées anxieuses, quête de sens, recherche d'explications sur ce qui a provoqué les premiers symptômes, etc.

Formes du soutien



dalaprod - Fotolia.com

Les thérapies de soutien, le plus généralement, peuvent s'inscrire dans deux approches différentes :

- d'orientation psychanalytique ;
- d'orientation humaniste, et particulièrement rogérienne (approche élaborée par Carl Rogers).

Il s'agit d'entretien en face à face, individuel ou en petit groupe (couple parental, un parent et ses enfants...). La durée du suivi est généralement assez courte, de quelques jours à plusieurs mois, plus rarement quelques années (dans les cas d'accompagnement de soins palliatifs par exemple, où le pronostic de vie peut parfois se compter en année).

Ce qui motive le suivi est connu et formera l'essentiel du travail. Il peut cependant arriver que le *matériel psychique* mobilisé est plus important que prévu (données trans-générationnelles qui émergent, etc.) ou que des troubles nécessitant une approche plus introspective se fassent jour (dépression masquée, etc.). La thérapie de soutien peut alors devenir une prise en charge psychothérapeutique.

Nous allons dans le paragraphe suivant voir uniquement l'approche rogérienne. Il s'agit d'un choix qui pourrait être discuté, car nous aurions pu présenter l'approche rogérienne dans le chapitre sur les différentes approches psychothérapeutiques. Mais nous le faisons ici pour deux raisons :

- Carl Rogers a avant tout pensé sa méthode dans une approche plus thérapeutique et psychopédagogique que réellement psychothérapeutique. D'ailleurs, l'approche rogérienne (également appelée *counseling* – « tenir conseil ») n'a pas donné lieu à une psychopathologie particulière (car, selon Rogers, chaque être est à même d'actualiser ses potentialités jusqu'à retrouver un équilibre, notamment au sein de relations interpersonnelles) ;
- Carl Rogers est celui qui a développé la notion de relation d'aide ; le dispositif qu'il a mis en place est particulièrement adapté à la thérapie de soutien.

Www.

Site de l'association française de counseling dans l'approche centrée sur la personne : <http://www.afpacp.fr>

2. L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers

Présentation

Les thérapies de soutien humanistes s'inscrivent dans une forme de *relation d'aide*. Carl Rogers (1902-1987) la définit ainsi : « Des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement,

et une plus grande capacité à affronter la vie. [...] On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre des parties ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel

de ses ressources » (in *Le Développement de la personne*, op. cit.).

Rogers perçoit l'individu comme actualisant constamment ses ressources, au gré de ses expériences de vie. Il apprend ainsi à s'auto-déterminer, à éprouver une certaine liberté, dont celle primordiale de liberté de choix, et fait l'expérience de la responsabilité. Dans l'approche rogérienne, l'homme est perçu comme étant en constante évolution positive. Pour autant, l'être humaine peut être freiné dans sa maturation. Que le trouble soit de nature interne ou externe, pour autant, il va s'exprimer sous la forme de conflits externes. L'individu aura l'impression d'avoir perdu sa liberté, de ne plus pouvoir effectuer sereinement un certain nombre de choix, etc.

Il va donc s'agir d'aider le patient à retrouver un certain équilibre de vie, afin que le principe d'actualisation reprenne et que l'individu poursuive sa maturation.



Comment se définit une relation d'aide ?



Vanda - Fotolia.com



Simon Ebel - Fotolia.com

Dispositif de la thérapie de soutien rogérienne

La prise en charge du patient est basée à la fois sur des techniques communicationnelles (de reformulation, notamment) mais surtout des attitudes thérapeutiques.

Ces attitudes constituent la base des suivis dits « centrés sur la personne », par essence non directifs. En effet, pour Rogers, il s'agit d'établir une relation interpersonnelle constructive, susceptible d'aider le patient à retrouver son *évolution positive*. Le thérapeute a dans ce dispositif une place importante, au moins dans la construction de cette interrelation, puisque c'est essentiellement par son attitude qu'elle va se construire. Il doit se mettre en position d'écoute positive inconditionnelle, sans préjugés, et autant que possible de s'inscrire dans un mouvement empathique avec le patient.

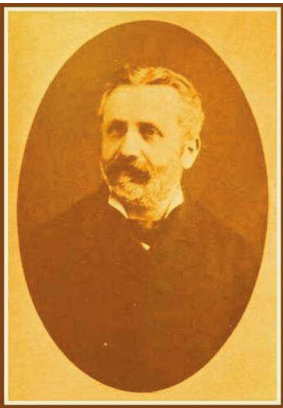
Cette position nécessite de la part du thérapeute un travail sur lui-même pendant l'entretien (authenticité, congruence entre pensées, ressentis et comportement...).

Empathie : capacité du thérapeute à se mettre à la place du patient pour percevoir son monde interne (grande importance accordée aux émotions) et la façon dont il perçoit son environnement, tout en identifiant clairement les éléments qui viennent de lui, thérapeute, et ceux qui viennent de son patient.

II. LES PSYCHOTHÉRAPIES

1. Définition et cadre des psychothérapies

Quelques éléments historiques



Hippolyte Bernheim
(1840-1919).

Toute forme de relation d'aide dans le champ de la santé a toujours tenté d'apporter une réponse à la question de la souffrance. Y compris les tenants d'une médecine traditionnelle passée ou actuelle (chamans, praticiens...) apportent des éléments de réponse, sur la scène du magique et du religieux, et parfois en parallèle ou en complément d'une approche répondant à des canons scientifiques plus internationaux (médecine occidentale, psychothérapies modernes...). Si, comme nous l'avons vu en discutant autour de la notion de psychopathologie, les attributions d'un mal ont pu être très diverses (possession, mauvais sort, pathologie mentale...), pour autant une réponse qui tend à soulager les patients d'un poids psychique donné a toujours été une constante.

Ce que l'on nomme de nos jours « psychothérapie » correspond à une modalité de prise en charge dans le champ des pratiques dites scientifiques des difficultés psychiques que nous venons d'évoquer. Le terme est assez récent et attribué au médecin et praticien de l'hypnose Hippolyte Bernheim (1840-1919). Il développe cette notion dans son ouvrage *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* (1891), en s'intéressant à la forme que prend ce qu'il nomme psychothérapie. Il axe son propos autour de la notion fondamentale de *suggestion*, comme vecteur relationnel et outil central de la méthode proposée.

Focus

Destins de l'hypnose

Ce que l'on nomme actuellement « hypnose » a connu une histoire assez caractéristique dans le champ des psychothérapies. Elle est née de la pratique du magnétisme animal de Franz Anton Mesmer, au XVIII^e siècle. La théorie de ce médecin s'est révélée inexacte (existe d'un fluide universel dont la régulation chez un patient pouvait le guérir de ses maux), quoique sa mise en pratique fût particulièrement efficace. Ce qui agissait réellement fut assez rapidement identifié, il s'agissait principalement de la suggestion et de « l'imaginaire » du patient ; tous deux mobilisés de façon thérapeutique lorsque ce dernier était plongé dans un état modifié de conscience. L'hypnotisme venait de naître (XIX^e siècle), et avec elle les premières prises en charge psychothérapeutiques structurées dans le champ de la science.

Ce que l'on nomme actuellement « hypnothérapie » est l'usage de l'hypnose dans le champ des psychothérapies, et qui s'appuie sur des connaissances neuroscientifiques et psychologiques de mieux en mieux connues. D'une pratique flirtant avec l'ésotérisme, on est passée en hypnose sur deux siècles à une pratique pleinement scientifique qui a notamment permis d'éliminer quelques poncifs et fausses croyances (patient sous la domination d'un praticien, hypnose assimilée à une forme de sommeil, amnésie à son « réveil », etc.).

Au début du XX^e siècle, et naissant du champ de l'hypnose, la *psychanalyse* se développe et constitue alors la modalité psychothérapeutique dominante. Sa notoriété grandissante éclipse quelque peu d'autres pratiques psychodynamiques, telle celle attenante à la pratique clinique de Pierre Janet. Puis elle sera rejointe par d'autres formes de psychothérapies, dans la seconde moitié du XX^e siècle (thérapies cognitivo-comportementales, systémiques, etc.). Ces diverses psychothérapies sont apparues selon une triple considération :

- les avancées théoriques dans un champ donné ;
- les préoccupations d'une époque pour tel trouble ou tel symptôme ;
- les moments d'élargissement des modèles déjà existants.

EXEMPLE

Avec l'acquisition de meilleures connaissances sur le fonctionnement de la pensée (traitement de l'information, schémas mentaux, etc.), la psychologie cognitive vient enrichir les thérapies comportementales, laissant place aux thérapies cognitivo-comportementales. Un intérêt culturel marqué pour la dépression permet une explosion des pratiques de ces thérapies, qui s'élargit bientôt à d'autres champs (phobies, addictions...). Les modèles se multiplièrent alors, selon la problématique considérée, assurant ainsi une certaine pérennité à ces pratiques.

Quelle que soit la psychothérapie considérée, elle est constitutive d'un modèle psychopathologique donné. En effet, comment prétendre « guérir par l'esprit », sans avoir de références à la fois sur la conception de « l'esprit » dont il est question, mais aussi de conception de l'humain, objet des attentions psychothérapeutiques ? Il s'agit ici à la fois d'un gage de sérieux, mais aussi d'un élément de limitation bien difficile à dépasser. En effet, les bases d'une psychothérapie sont difficilement exportables d'une



conception psychopathologique à l'autre, éloignant la perspective (peut-être utopiste ?) d'une conception qui serait un jour réellement holistique de la personnalité humaine, et permettrait un travail psychothérapeutique global.

En effet, si à ce jour le modèle psychanalytique est le plus holistique et permet l'approche psychopathologique de l'humain la plus globale jamais élaborée, pour autant certaines dimensions lui sont étrangères alors même qu'elles sont difficilement contestables d'un point de vue clinique (dimension d'apprentissage renforçant certaines conduites, distorsions cognitives importantes en lien avec certains troubles...).

Cette question du lien entre psychothérapie et psychopathologie est notamment ce qui va nourrir la nécessaire question :

- de l'évaluation des approches (que mobilise tel modèle ? comment ? avec quels effets, voire quelle efficacité ? etc.) ;
- des critères permettant d'orienter du mieux possible un patient (en fonction de son profil de personnalité, des troubles présentés, de son désir, de la réalité de l'offre psychothérapeutique possible, etc.) ;
- des complémentarités entre modèles, au-delà des querelles de chapelles et croyances aveugles tout autant que déraisonnables en la « supériorité » d'une conception plutôt qu'une autre.

Quels champs couvrent vraiment les psychothérapies ?



Un déséquilibre psychologique peut être dû à un agent externe comme un accident de voiture.

L'essence même de la psychothérapie est de mettre en place des moyens de nature psychologique afin d'avoir part sur un déséquilibre également d'ordre psychologique. Ajoutons cependant immédiatement que :

- le déséquilibre psychologique peut être dû à un agent externe (accident de la route) ou somatique (répercussion d'une maladie grave) ;
- les psychothérapies peuvent avoir des effets physiologiques sur un patient (sa nature psychologique d'intervention n'excluant pas des répercussions à d'autres dimensions selon des mécanismes de mieux en mieux connus).

Cependant, ces critères de définition sont suffisamment larges pour que des pratiques thérapeutiques fantaisistes en fassent partie, et ce, même si leur action sur la psychologie d'un individu ne dépasse pas la seule action de l'effet placebo. Également, cette définition inclut des pratiques qui n'étaient pas à l'origine conçues pour le champ de la santé, mais qui par inflexion finissent par le rejoindre de façon souvent opportuniste, avec les nombreux questionnements éthiques que cela peut susciter ; par exemple, programmation neuro-linguistique.

Il paraît donc utile de donner quelques critères supplémentaires de spécification de ce que l'on nomme « psychothérapie », au sens strict du terme. Il doit s'agir d'une pratique possédant :

- une *intention thérapeutique* en lien direct avec un savoir éclairé et validé tant par des données fondamentales que cliniques ;

- un *champ d'expertise* permettant d'avoir un regard fiable sur les éléments impliqués dans le processus psychothérapeutique et de pouvoir évaluer ses pratiques (dont les données inhérentes à la notion d'influence) ;
- un lien direct avec une *conception claire et déontologique* de l'humain et une théorisation psychopathologique donnée.

Enfin, bien que cela puisse paraître une évidence, il paraît utile de préciser qu'exercer la psychothérapie requiert un double savoir :

- en psychologie et psychopathologie ;
- en une pratique psychothérapeutique donnée, pour laquelle le praticien devra avoir reçu une formation adéquate (dont la supervision) et la plus exhaustive possible.

2. Le changement en psychothérapie

Quel but assigner aux psychothérapies ?

Toute consultation en psychothérapie est motivée par le désir d'un *gain*, et le plus souvent par un désir de *changement*. Y compris les demandes particulières (voir un « psy » dans le cadre d'une injonction thérapeutique, sans réel engagement intime etc.) obéissent à cette notion de gain. Quant à la notion de changement, elle est majoritaire et peut s'exprimer de façon très différente selon les situations et les individus. Y compris le souhait exprimé que « tout redevienne comme avant » est à comprendre dans une perspective de changement, c'est-à-dire dans le cadre d'une rupture avec l'état actuel. La notion de changement regroupe classiquement trois notions :

- une meilleure qualité de vie ;
- une souffrance moins importante, ou mieux gérée ;
- un bien-être psychologique.

Pour autant, on peut remarquer que ces trois dimensions sont marquées par une grande subjectivité et n'impliquent – le plus souvent – non uniquement la personne elle-même, mais aussi son entourage (ou en tout cas, ces trois dimensions sont dépendantes de données environnementales).

Il découle de cette subjectivité que seul le patient est l'expert du processus de changement, et son avis est le véritable « indicateur » des suivis psychothérapeutiques. Ceci, même si évidemment certaines dimensions sont évaluables (niveau de dépression, degré de handicap...). Mais y compris un inventaire exhaustif de la situation du patient ne pourrait rendre compte de façon exacte du ressenti du patient par rapport au processus en cours.

Le fait de considérer que le patient est le véritable expert des suivis psychothérapeutiques ne veut pas dire pour autant que c'est lui qui « contrôle » le cadre thérapeutique et les notions attenantes au suivi dans ses aspects formels. Le psychothérapeute est celui qui garantit le *cadre thérapeutique*. Il peut bien sûr l'adapter si cela lui apparaît nécessaire, mais un certain nombre de données peuvent être contrôlées par lui (temps des séances, voire leur nombre, etc.).



Quel est le but commun à toute psychothérapie ?



Un sentiment d'exclusion accompagne souvent les troubles que prennent en charge les psychothérapies.

petrol - Fotolia.com

Focus

La métaphore du cadre thérapeutique

Le cadre garanti par le psychothérapeute est en grande partie ce qui va permettre au patient de déployer sa subjectivité, exprimer ses ressources, etc. Ce cadre est en fait un élément constituant et tout à fait fondamental de tout suivi thérapeutique (thérapies de soutien, thérapies psycho-corporelle...) et psychothérapeutique en particulier. Pour comprendre cela, on pourrait prendre l'image d'un jardin d'enfant. Le psychothérapeute prenant ici la place du gardien du square. Il s'assure que le lieu d'expression est clos et le plus sécurisé possible. Cet espace délimité et « surveillé » permet à l'enfant de s'exprimer autrement, et sans doute aussi plus complètement que lorsqu'il se trouve en dehors de cet espace. L'enfant n'est ici pas différent de ce qu'il peut être par ailleurs, mais il l'est plus intimement, plus intensément. Et c'est aussi un espace de déploiement de son imaginaire qui s'ouvre ici, avec notamment la reproduction sur la scène du jeu de situations externes à cet espace (façon dont le groupe est vécu, la notion d'autorité...).

Enfin, précisons que si les dimensions qui constituent la notion de changement sont marquées par une certaine subjectivité, cela ne veut pas dire pour autant que le patient lui-même ne se fixe pas des éléments objectifs qui lui signifieront que le changement s'est opéré.



Stephen Finn - Fotolia.com

Le cadre thérapeutique est un lieu d'échange délimité.

EXEMPLES

Exemple 1 : un élément objectif « formel » peut être une nouvelle activité professionnelle, une installation dans un cadre de vie plus valorisé socialement, etc.

Exemple 2 : un élément objectif « informel » peut être que le patient ne ressent plus de tristesse en se levant le matin, ou encore que la « boule d'angoisse » disparaisse de sa gorge.

Sidération : état transitoire de perplexité psychique, provoqué par un événement ressenti avec une grande violence, et auquel l'individu n'arrive pas encore à s'adapter. La sidération réduit considérablement l'activité de pensée, et rend les expressions émotionnelles difficiles voire impossibles. La sidération psychique peut avoir un impact comportemental : ralentissement, hébétéité, etc.

Il est important que le psychothérapeute tienne compte de ces éléments « objectifs de la subjectivité du patient », au moins autant que les propres repères que lui peut se donner, mais pour autant, il ne les considérera pas de façon absolue (« il faut que le patient arrive à cela parce que c'est ce qu'il souhaite, sinon, le suivi aura échoué »).

Les « outils » de la psychothérapie

Comme nous l'avons indiqué au paragraphe précédent, le psychothérapeute est *le garant du cadre thérapeutique*, dont le cheminement possède deux déterminants principaux :

- la mise en place du cadre, fonction des références théoriques et conceptuelles du thérapeute, ainsi que du trouble présenté par le patient, et enfin (quoique dans une part plus relative), le désir du patient ;
- l'évolution du cadre, qui peut connaître certaines inflexions ponctuelles (une séance qui sera plus directive et contenante, du fait d'une forme de

sidération du patient, par exemple) ou plus durables (modification du temps des consultations, par exemple) lorsque cela est nécessaire, au moins du point de vue du thérapeute.

À l'intérieur de ce cadre thérapeutique va se développer un relationnel singulier entre le praticien et son patient, ainsi que diverses expressions que les choses évoluent pour le patient. L'ensemble de ces éléments, selon la culture théorique que le psychothérapeute adopte, va faire l'objet d'une analyse stricte selon une grille de lecture donnée. Par exemple, en psychanalyse, la dimension relationnelle sera évaluée sous l'angle du transfert/contre-transfert.

Et les éléments propres au changement seront analysés notamment sous l'angle des conflits intrapsychiques, et de leurs permanences dans les conduites du patient.

Transfert : répétition de désirs inconscients éprouvés antérieurement sur divers objets psychiques ; ces désirs se trouvent ainsi réactualisés sur la scène du présent

Focus

La formation en psychothérapie

Les études en psychologie clinique, comme d'ailleurs les autres formations initiales (psychiatrie, etc.) ne préparent pas à l'activité de psychothérapeute. Les études en psychologie clinique forment avant tout à l'évaluation et aux sciences qui sont liées à cette activité (psychopathologies, etc.). Au mieux, cette formation initiale sensibilise aux thérapies de soutien, et permet de les pratiquer.

Concernant les psychothérapies, il est nécessaire que l'étudiant en dernière année d'étude ou le diplômé se forme de façon complémentaire à une ou plusieurs techniques, grâce à des diplômes universitaires (DESU, DIU, DU), voire des certificats universitaires. Il est également possible de suivre des cycles privés, si ces derniers possèdent des critères de sérieux avérés (sélection des participants, profil des enseignants pertinent, contenu des enseignements appuyé sur des bases scientifiques avérées).

Autant que faire se peut, un psychothérapeute devra s'ouvrir à plusieurs approches, même s'il en privilégie une dans sa pratique. En effet, idéaliser un modèle en le pensant universel et pertinent en toute situation est bien souvent le signe d'un appauvrissement de la pensée clinique, et peut présenter des désavantages pour le patient.

III. UN EXEMPLE DE TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE

Nous décrivons ici une modalité d'intervention du psychologue clinicien : le cas de figure où ce dernier travaille dans une structure d'évaluation et de prise en charge de la douleur. Cela va nous permettre de mieux cerner les situations où un soutien thérapeutique sera envisagé pour un patient, ou bien de voir les raisons pour lesquelles la voie psychothérapeutique peut être favorisée.

1. Psychologie clinique et douleur

Les troubles algiques

Il existe deux grands types de douleur : la douleur aiguë et la douleur chronique. L'International Association for the Study of Pain (IASP) précise

que « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en des termes évoquant une telle lésion ».

Cette définition, qui fait référence internationalement, est intéressante à plus d'un titre puisqu'elle accorde une importance majeure à la parole du patient : même si la douleur (également appelé « algie ») n'est pas médicalement attestée sous la forme d'une atteinte corporelle, lorsque le patient dit « j'ai mal » (décrit une douleur) ; alors on considère qu'il y a effectivement douleur.

Autrement dit, la douleur fait intervenir quelque chose de l'ordre de la subjectivité chez le patient. Par ailleurs, les composantes d'une douleur sont les suivantes :

- composante *sensori-discriminative* : qualité (brûlure, décharge électrique...), durée, intensité et localisation ;
- composante *affectivo-émotionnelle* : nature de l'expérience douloureuse (sentiment de détresse, ressenti désagréable...), état émotionnel associé (anxiété, dépression...) ;
- composante *cognitivo-comportementale* : type de pensées associées (appréhension, inquiétude...), stratégies d'adaptation (coping, positions dites antalgiques...), croyances et sens attribué à la douleur, etc.

On voit combien ces composantes sont d'une part liées, et d'autre part combien elles font intervenir des données qui concernent la psychologie.

La nature du trouble algique peut être diverse, allant du simple « bobo » aux douleurs en fin de vie, des algies post-opératoires à des syndromes douloureux comme la lombalgie chronique ou encore l'algoneurodystrophie. En psychologie clinique, peu importe la nature des douleurs, son importance médicale ou son degré de complication. Ce qui sera l'objet de l'évaluation et de la prise en charge sera les liens entre la douleur considérée et la dynamique psychique du sujet.

Naomi Hasegawa – Fotolia.com



La douleur mobilise tout le sujet corporellement et psychologiquement.

Impacts psychologiques

La personnalité influe de façon constante sur la façon dont un patient va vivre sa douleur, et la façon dont il va l'exprimer, indépendamment de sa réalité « objective ». Ainsi, un patient sujet à quelques maux de têtes (une à deux fois par mois) peut être profondément déséquilibré par ceux-ci (attente anxieuse, évitement de situations pouvant déclencher un mal de tête, irritabilité...). À l'inverse, un patient atteint d'une maladie très douloureuse comme la drépanocytose (maladie héréditaire caractérisée par une altération de l'hémoglobine, provoquant notamment des crises vaso-occlusives associées à des douleurs intenses et brutales dans une partie du corps) par exemple, peut s'être très bien adapté sur un plan psychologique à sa pathologie.

Autrement dit, la douleur a le statut d'*objet psychique* pour le sujet, qui va l'investir de façon différente, en fonction de sa structure de personnalité. La signification de la douleur, son interprétation ainsi que le sens donné à sa survenue, est également fonction de données psychologiques. La douleur peut même avoir dans certains cas valeur de traumatisme psychique.

Par ailleurs, la douleur est potentiellement un puissant désorganisateur de la personnalité. Elle est en effet fragilisante, épuisante, et effracte le

corps du patient, mettant à mal ses capacités d'adaptation à tout niveau (psychique, cognitif et comportemental). Par ailleurs, même une douleur jugée « minime » peut réveiller une *angoisse de mort* chez un patient.

Focus Douleur et angoisse de mort

La mort a cela de particulier qu'elle ne possède pas de définition propre. Elle possède par contre des définitions par défaut qui reviennent soit à la caractériser par une absence de vie (c'est à partir de l'absence des signes vitaux qu'un médecin va définir la mort d'une personne), soit à la caractériser à l'aide de croyances (un passage, la promesse d'une réincarnation, moment où l'âme rejoint le ciel ou son Créateur, etc.). La mort ne possède pas non plus de représentation propre. Elle est le plus souvent figurée sous la forme d'un corps en décomposition (mort vivant, goule...), jusqu'à la représentation d'un squelette (la « faucheuse »...).

Il découle de cette proximité entre représentation de la mort et décomposition que la douleur, signal d'alarme que quelque chose dysfonctionne dans le corps, peut aussi être associée avec des angoisses de mort très prégnantes. Ainsi, il n'est pas rare de voir ces angoisses à fleur de peau voire majorées chez un patient qui a mal (douleurs liées à la pathologie ou aux traitements), et de voir ces angoisses moins présentes, moins débordantes et plus intellectualisées lorsque la douleur est soulagée.

Par ailleurs, la douleur est souvent l'occasion de l'apparition de nombreuses *co-morbidités psychopathologiques*, comme les troubles de l'humeur. Ainsi, une douleur aiguë est plutôt associée à des expressions anxieuses, alors que lorsque la douleur perdure dans le temps et devient chronique, elle est plutôt associée à un vécu dépressif. Le patient « ne se reconnaît plus », peut connaître un certain nombre d'incapacités notamment physiques, peut avoir un sentiment de culpabilité avec l'impression de « peser » sur la vie de son entourage, etc.

Pour toutes ces raisons, les structures de prise en charge de la douleur en France ont très tôt développé un mode de prise en charge pluridisciplinaire, en donnant une place de choix à l'accompagnement psychologique. À la pluralité des facteurs intervenants dans la douleur est associée la pluralité des intervenants dans une perspective de prise en charge la plus humaniste et globale possible, comme le soutient la société savante de la douleur en France (Société française d'étude et de traitement de la douleur – SFTED).



Lisa F. Young – Fotolia.com

Www.

Site : <http://www.sfetd-douleur.org>

2. Formes d'intervention

Préliminaires

La base de toute prise en charge de la douleur et l'évaluation. Elle se fait bien sûr à l'aide d'outils soignants adaptés et d'un examen clinique (observation, auscultation, examens complémentaires...). Mais aussi, l'acte d'évaluation fait intervenir la *parole* du patient, et son analyse. Or la plainte douloureuse est infiltrée de données subjectives. Lorsque le patient dit « j'ai mal », tout son discours est modulé en fonction de données psychologiques et culturelles (niveau d'anxiété, intention, vécu déprécié,

expression modulée par la personnalité, prise en compte de données interpersonnelles, compréhension de la douleur selon un filtrage culturel, etc.).

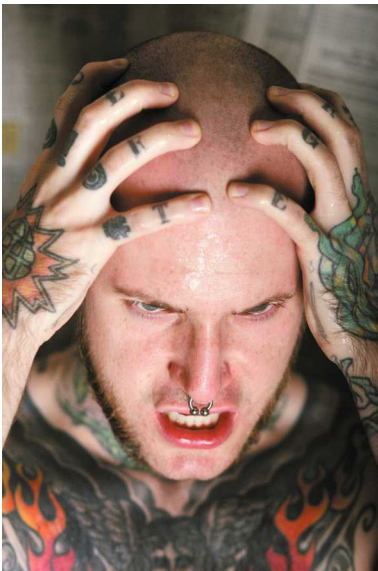
Aussi, la première expertise du psychologue clinicien va concerner son regard sur la parole du patient, la compréhension que l'on peut en avoir, ce qui rentre en jeu dans son expression. Cette expertise est en lien avec les connaissances cliniques et psychopathologiques qu'il va mettre à profit pour saisir au mieux la situation interne du patient. La connaissance de la personnalité du patient est en effet essentielle pour évaluer l'importance et la place des facteurs psychiques en cause et pour apprécier, sur le plan diagnostique, la signification à attribuer aux symptômes et aux comportements du patient. Également, cette expertise va tenir compte d'une certaine analyse du contexte, à la fois :

- de la situation du patient au regard de son vécu antérieur ;
- de la façon dont les événements actuels sont ressentis et analysés ;
- de son environnement familial, affectif et des liens entre le patient et la façon dont son entourage interagit avec la situation ;
- de données liées à sa prise en charge (relation aux soignants, à sa pathologie...) ;
- des perspectives à venir (évolution probable, attentes, etc.).

L'expertise du psychologue intervient dans la prise en charge globale du patient et les options thérapeutiques qui seront choisies. Cette évaluation peut être une fin en soi, mais le plus souvent le psychologue clinicien va accompagner le patient, selon l'une des deux formes que nous avons décrites dans les parties précédentes : soit la thérapie de soutien, soit l'intervention psychothérapeutique. Dans les deux cas, l'adhésion du patient est évidemment nécessaire.



Scott Maxwell - Fotolia.com



Max FX - Fotolia.com

Lorsque la douleur est en lien avec une autre question, c'est évidemment « l'ensemble » qui est abordé en soutien thérapeutique. Ici, la question de la mutilation et de la visibilité du trouble.

La thérapie de soutien

La thérapie de soutien va le plus souvent avoir pour objectif d'aider le patient à investir autrement sa douleur. En effet, lorsque le patient est algique, toute son attention est focalisée sur le corps en souffrance, ce qui d'ailleurs augmente le ressenti douloureux. Dans cette situation, le patient a bien du mal à investir autre chose que sa douleur : insatisfaction lors de la visite des proches, peu d'intérêt à la lecture (potentialisée par une difficulté de concentration), distraction difficile avec la télévision, obnubilation par rapport au soulagement de la douleur, plainte qui « se sclérose », etc. La thérapie de soutien va permettre autant que possible de redéployer les investissements psychiques et de permettre au patient de s'ouvrir à un autre vécu actuel de sa situation de personne douloureuse.

Également, d'autres dimensions pourront être l'objet du soutien psychologique, selon les situations cliniques se présentant : prise en charge de l'anxiété, aide à ce que le patient ressente moins de culpabilité à être toujours « dans la plainte », etc. Bien souvent, la thérapie de soutien permet également d'aborder avec le patient la question de l'image du corps, ainsi que des notions qui y sont liées et qui peuvent être altérées (comme par exemple la notion d'identité).

Enfin, nous l'avons dit, la douleur peut être associée à des données existentielles chez un individu (angoisse de mort, sentiment d'étrangeté par rapport à soi...). Lorsque ces questions se présentent, elles sont évidemment intégrées dans le cadre du suivi thérapeutique.

La thérapie de soutien est l'essentiel du travail « en salle » (appelé également « suivi en interne, voire, de façon plus profane, « suivi dans les étages », au lit du patient hospitalisé). En effet, le patient est alors dans l'actualité de sa situation, de ses soins, ce qui ne favorise pas une autre forme de travail. Par ailleurs, outre les centres de moyen et long séjours (ou certaines situations spécifiques), le patient est généralement hospitalisé pour un temps globalement défini et relativement court (quelques jours à deux ou trois semaines).

Le psychologue clinicien passe généralement plusieurs fois par semaine dans ce cadre de suivi, et il est toujours possible lorsque nécessaire et envisageable, de revoir le patient après sa sortie (en « ambulatoire », dit aussi suivi « en externe »).

Le suivi psychothérapeutique

La voie psychothérapeutique va être préférentiellement choisie lorsque d'emblée la douleur est imprégnée pour le patient, et de façon qui le déborde, de données en lien avec sa dynamique de vie et son vécu antérieur. Par exemple, lorsque le vécu douloureux va réveiller de façon désorganisante des traumatismes antérieurs, ou va donner lieu à l'apparition de symptômes envahissants (phobies du soin, attaques de panique...).

Également, la voie psychothérapeutique va être d'emblée choisie lorsque le psychologue clinicien, lors de son évaluation, relève un *trouble psychopathologique décompensé*. La douleur n'est alors plus la problématique centrale et la source de la désorganisation, mais devient un « objet satellite » qui certes est investi par le patient, mais devient le support d'expression d'un trouble beaucoup plus prégnant. C'est le cas notamment des troubles hypochondriaques sur un terrain évoquant quelque chose de l'ordre de la psychose (ici, la douleur exprimée n'est pas reconnue médicalement). Mais c'est aussi le cas des douleurs dont « s'emparent » les personnalités hystériques décompensées pour rejouer quelque chose de l'ordre de leur problématique interne (dans le rapport ambivalent à la chose médicale, notamment).

Enfin, la voie psychothérapeutique va également être choisie lorsque la douleur est l'occasion d'une remise en question personnelle intense et très introspective, et que le patient a une telle demande.

Les suivis psychothérapeutiques dans le champ de la douleur, à quelques exceptions près, se déroulent en suivi externe. Les rencontres sont généralement au rythme d'une consultation par semaine. Il arrive parfois que le psychologue clinicien oriente également le patient pour un suivi psychothérapeutique vers un autre praticien lorsque son cadre n'est pas adapté ou lorsqu'il juge pertinent que ce type de suivi se fasse en dehors des murs où le patient est suivi médicalement.



Mikhail Tolstoy - Fotolia.com

Les douleurs connues très tôt, même si elles paraissent bénignes, peuvent durablement imprégner un individu.



The Supe87 - Fotolia.com

La question de la formation

Nous l'avons indiqué (chap. 1), dans la compréhension du métier de psychologue clinicien en France (et dans la plupart des pays francophones, comme la Belgique), il n'existe pas de « sous-spécialisation ». On est donc psychologue clinicien avant tout, se trouvant exercer dans une structure douleur, et non « psychologue de la douleur » ; c'est-à-dire que nous parlons d'un expert du psychisme utilisant une méthode clinique dans un secteur donné.

La formation requise est donc ici la formation initiale en psychologie clinique, et si le psychologue souhaite développer une activité psychothérapeutique, il devra compléter son cursus. Précisons cependant que rien n'empêche le psychologue clinicien souhaitant exercer dans le champ de la douleur ou y exerçant déjà de se familiariser avec ce secteur par des diplômes universitaires complémentaires type DU ou DIU (comme le DIU « douleur, psychologie et psychopathologie », universités de Bordeaux, Saint-Étienne, Paris-V).

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Qu'est-ce que la thérapie de soutien ? 88

C'est une modalité de suivi d'un individu qui consiste en un travail d'accompagnement dans « l'ici et maintenant » afin de soutenir le patient aux prises avec une difficulté précise et circonstanciée.



Quelles sont les spécificités du soutien psychologique ? 89

Le soutien psychologique (ou thérapie de soutien) permet :

- à un individu de s'adapter à une situation lorsqu'elle semble déborder ses capacités naturelles d'adaptation ;
- d'aider à faire le point sur ladite situation (origine, incidences actuelles et à venir, etc.) ;
- de mobiliser les ressources psychiques et les capacités d'adaptation du patient ;
- d'envisager des façons pour vivre du mieux possible la situation telle qu'elle se présente.



Comment se définit une relation d'aide ? 91

Selon Carl Rogers, qui a développé cette notion, la relation d'aide englobe « des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre, la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement, et une plus grande capacité à affronter la vie. [...] On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre des parties ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ses ressources ».



Quel est le but commun à toute psychothérapie ? 94

Le but commun, en accord avec la demande du patient, est toujours le changement. La notion de changement regroupe classiquement trois notions :

- une meilleure qualité de vie ;
- une souffrance moins importante, ou mieux gérée ;
- un bien-être psychologique.

Lectures conseillées

Pour commencer

- BIOY A., MAQUET A. (2015). *Se former à la relation d'aide*, Paris, Dunod, nouvelle présentation.
- MARC E. (2002). *Le Changement en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- PERROT E. de (2006). *La Psychothérapie de soutien*, Bruxelles, de Boeck.
- ROGERS C. (1968). *Le Développement de la personne*, Paris, InterEditions, 2018, nouvelle présentation.

Pour aller plus loin

- BIOY A. (dir.) (2012). *Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*, Paris, Dunod.
- DUMET N. (2002). *Clinique des troubles psychosomatiques*, Paris, Dunod.
- FERRAGUT E. (dir.) (2007). *Souffrance, maladie et soins*, Paris, Masson.
- GILLIERON E. (2004). *Le Premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod, 2^e éd.
- ROGERS C. (2018). *Les Groupes de rencontre*, Paris, InterEditions.
- RUSZKIEWSKI M. (2012). *Le Groupe de parole à l'hôpital*, Paris, Dunod.

Et aussi...

- BURLOUX G. (2004). *Le Corps et sa Douleur*, Paris, Dunod.
- FERRAGUT E. (dir.) (2002). *Thérapies de la douleur*, Paris, Masson.

Webographie

Www. INSTITUT UPSA DE LA DOULEUR

Sur ce site, il est possible de consulter en ligne ou de télécharger : les ouvrages de cet institut dont Aspects psychologiques de la douleur chronique ; les différentes publications (dont « Approche cognitivo-comportementale des patients douloureux chroniques », in *La Douleur, des recommandations à la pratique* ; la toute nouvelle revue *Douleur et santé mentale* ; « Dimension psychologique de la douleur chronique », in *La Lettre de l'institut Upsa de la douleur* ; etc.). <http://www.institut-upsa-douleur.org>

Www. PSYCHOTHÉRAPIE VIGILANCE

Un site comportant de nombreux textes pleins de bons sens sur les psychothérapies et les risques de dérive. <http://www.psyvig.com>

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Les thérapies de soutien ont pour objet :
 - ☐ le traitement des troubles mentaux.
 - ☐ le traitement des patients à faible niveau d'insight.
 - ☐ certaines problématiques circonstanciées.
2. Les cellules de soutien psychologiques font partie :
 - ☐ des dispositifs de thérapie de soutien.
 - ☐ des dispositifs psychothérapeutiques.
 - ☐ des prises en charge rogériennes.
3. L'approche rogérienne est :
 - ☐ non directive.
 - ☐ semi-directive.
 - ☐ directive.
4. La thérapie rogérienne permet que le patient :
 - ☐ apprenne à mieux communiquer.
 - ☐ continue à actualiser ses expériences.
 - ☐ sache développer ses capacités d'empathie.
5. Pour Rogers, l'empathie est une :
 - ☐ technique de communication.
 - ☐ disposition acquise.
 - ☐ attitude thérapeutique.
6. Les différentes psychothérapies :
 - ☐ partagent des dispositifs communs.
 - ☐ sont des noms différents pour désigner des pratiques similaires.
 - ☐ sont deux approches différentes.
7. Les premières prises en charge psychothérapeutiques sont attribuées à :
 - ☐ Bernheim.
 - ☐ Freud.
 - ☐ Janet.
8. Actuellement, l'approche la plus globalisante sur les processus psychiques est :
 - ☐ la phénoménologie.
 - ☐ la psychanalyse.
 - ☐ l'hypnose.
9. La première compétence du psychothérapeute est de :
 - ☐ pouvoir expliquer sa méthode.
 - ☐ créer une bonne alliance thérapeutique.
 - ☐ savoir construire et maintenir un cadre.

10. Le psychothérapeute doit être :
- ☐ un spécialiste du psychisme.
 - ☐ une personne ayant suivi une formation spécifique.
 - ☐ les deux.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice : Complétez les blancs en choisissant parmi les réponses possibles entre parenthèses.

Toute situation de difficulté dans la vie d'un patient, voire de..... (souffrance/dépression), n'engage pas forcément vers une évaluation globale..... (des hypothèses diagnostiques possibles/de la dynamique psychique du patient), ni vers une psychothérapie qui vise un..... (rétablissement/changement) majeur, profond et si possible durable.

Le groupe de paroles peut être perçu comme une forme de..... (thérapie de soutien/groupe d'auto-soutien). Il réunit un ensemble de personnes à intervalles (définis/variables), pour une durée fixée. Le groupe est animé par un professionnel de..... (la thérapie/l'animation), qui assure à la fois un travail de dynamique (interne/de groupe), de la parole et des..... (émotions/créations), et de gestion de la..... (dynamique individuelle de chacun/vie psychique groupale).

La thérapie de soutien n'est pas une forme « sous-modulée » de la psychothérapie. Elle possède de véritables fonctions d'encadrement psychique et de..... (restauration des patients/soulagement des symptômes).

La situation problématique possède des incidences..... (psychiques/compassionnelles) et met à mal les..... (tentatives d'équilibre/modalités de défense) du sujet, qui bien souvent se sent « débordé » et « moins sûr de lui ». La thérapie de soutien, lorsque le patient en fait la demande, est là pour aider à ce qu'une meilleure (guérison/adaptation) se fasse et qu'un nouvel équilibre psychique se trouve.

Carl Rogers a avant tout pensé sa méthode dans une approche plus thérapeutique et..... (psychopédagogique/psychodynamique) que réellement psychothérapeutique. D'ailleurs, l'approche rogérianne, également appelée..... (counseling/pedagoging) n'a pas donné lieu à une psychopathologie particulière (car, selon Rogers, chaque Être est à même d'actualiser ses potentialités jusqu'à retrouver un équilibre, notamment au sein..... (du partage des ressources internes/de relations interpersonnelles).

Les thérapies de soutien humanistes s'inscrivent dans une forme de..... (relation d'aide/sociothérapie). La prise en charge du patient est basée à la fois sur des techniques..... (communicationnelles/empathiques) mais surtout des..... (relances/attitudes) thérapeutiques.

Ce que l'on nomme de nos jours « psychothérapie » correspond à une modalité de prise en charge dans le champ des pratiques dites..... (scientifiques/humanistes) des difficultés psychiques.

Au début du..... (XIX^e/XX^e) siècle, et naissant du champ de..... (l'hypnose/la biologie), la psychanalyse se développe et constitue alors la modalité psychothérapeutique dominante.

La question du lien entre psychothérapie et psychopathologie est notamment ce qui va nourrir la nécessaire question :

- de l'évaluation des approches que mobilise tel modèle, comment, avec quels..... (effets/efficacités), voire quelle..... (efficacité/guérison psychique), etc. ;
- des critères permettant..... (de conseiller/d'orienter) du mieux possible un patient, en fonction de son profil de personnalité, des..... (avantages/troubles) présentés, de son désir, de la réalité de l'offre thérapeutique possible, etc. ;
- des complémentarités entre modèles, au-delà des querelles de chapelles et croyances aveugles tout autant que déraisonnables en « (la supériorité/l'universalité) » d'une conception plutôt que d'une autre.

Voici quelques critères de spécification de ce que l'on nomme « psychothérapie », au sens strict du terme :

- une..... (intention/intensité) thérapeutique en lien direct avec un savoir éclairé et validé tant par des données fondamentales que..... (cliniques/expérimentales) ;
- un champ d'..... (indication/expertise) permettant d'avoir un regard fiable sur les éléments impliqués dans le processus psychothérapeutique, et de pouvoir évaluer ses..... (pratiques/savoirs) ;
- un lien direct avec une conception claire et déontologique de l'humain et une théorisation psychopathologique donnée.

Toute consultation en psychothérapie est motivée par le désir d'un gain et le plus souvent par un désir..... (de changement/de transformation).

Le psychothérapeute est le garant..... (du cadre/de l'anonymat), dont le cheminement possède deux déterminants principaux :

- la mise en place..... (de l'éthique/du cadre) thérapeutique, fonction des références théoriques et conceptuelles du thérapeute, ainsi que du..... (trouble/salaire) annoncé par le patient, et enfin (quoique dans une part plus relative), le désir du patient ;
- l'évolution du cadre qui peut connaître certaines inflexions ponctuelles (une séance qui sera plus directive et contenante, du fait d'une forme de sidération du patient, par exemple) ou plus durables (modification du..... (rythme/temps) des consultations, par exemple) lorsque cela est nécessaire, au moins du point de vue du..... (psychologue/patient).

À l'intérieur du cadre thérapeutique va se développer un..... (relationnel/cadre) singulier entre le praticien et son (patient/inconscient), ainsi que diverses expressions que les choses évoluent..... (selon le praticien/pour le patient). L'ensemble de ces éléments, selon la culture théorique que le psychothérapeute adopte, va faire l'objet d'une analyse stricte selon une lecture donnée.



LES PRINCIPAUX MODÈLES PSYCHO- THÉRAPEUTIQUES

Le chapitre précédent a permis de bien définir ce que l'on peut nommer « psychothérapies » et sa place dans le champ global des interventions en psychologie clinique. Nous voyons à présent les principaux modèles psychothérapeutiques, parmi les centaines disponibles de part le monde (dont, il faut bien le reconnaître, la plupart sont fantaisistes).

Définitions

Technique thérapeutique

C'est le procédé utilisé au sein d'une activité psychothérapeutique et destiné à favoriser un objectif fixé (objectif général : le changement ; objectif précis : une prise de conscience, une détente corporelle, ou autre). Toute technique requiert une connaissance précise du cadre général où il va être utilisé, la maîtrise du procédé en question et un savoir-faire relationnel.

Modèle thérapeutique

Il s'agit du système possédant des théories et une logique propre, qui permet d'expliquer l'objet d'étude considéré. Le modèle thérapeutique donne lieu à une pratique, comprise comme la mise en application du savoir issu du modèle.

Évaluation des psychothérapies

C'est l'estimation aussi précise que possible obéissant à une méthodologie rigoureuse, scientifique et pertinente des effets (incidences) d'une méthode et/ou de son efficacité sur ce qu'elle est censée modifier. L'évaluation peut porter sur des aspects qualitatifs et/ou quantitatifs ; venir estimer une ou plusieurs données objectives et/ou subjectives.

I. LE MODÈLE PSYCHANALYTIQUE

1. Principales bases

D'un point de vue historique

Sigmund Freud est né le 6 mai 1856 à Freiberg (Autriche), et il est mort le 23 septembre 1939, à Londres (Angleterre). Il est le créateur de la psychanalyse, et exerça dans ce champ après avoir été un neurologue reconnu.

En 1883, son ami et confrère Joseph Breuer lui parle d'une de ses patientes, Anna O. (Bertha Pappenheim, une militante féministe considérée comme la fondatrice du travail social en Allemagne). Les séances avec elle consistaient à une exploration verbale de ses troubles, ce que la patiente désigna elle-même sous le nom de *talking cure*.

Plaque commémorative dans la ville de naissance de Freud.





Bertha Pappenheim,
dite Anna O.

disparaissent. Freud a d'abord considéré que ces traumatismes étaient réels, avant de développer la notion de fantasme.

Après un stage à Paris auprès du professeur Jean-Martin Charcot qui s'occupait notamment de patientes hystériques, Freud installe son cabinet à Vienne en 1896. Il y pratique l'électrothérapie puis l'hypnose. L'alliance entre cette technique et la *talking cure* lui permet d'élaborer un procédé thérapeutique nommé « méthode cathartique » qui mettait la parole au centre des suivis afin d'obtenir une libération émotionnelle (l'abréaction).

La parole est ici perçue comme l'équivalent d'un acte, ce qui permet une véritable réactualisation des éléments faisant l'objet du récit.

Il s'agissait d'aider les patients plongés en état hypnotique à retrouver dans leur passé l'événement traumatique à l'origine du trouble présenté. Particulièrement concernant l'hystérie, il s'agissait de *traumatismes sexuels infantiles* dont l'évocation consciente permettait selon Freud à ce que les symptômes actuels



Jean-Martin Charcot
(1825-1893).

Abréaction : libération de tensions en lien avec un affect désagréable ressenti lors d'un événement ou de son souvenir.

Fantasme : scénario imaginaire mettant en scène de façon figurée le sujet accomplissant un désir inconscient.

Focus Freud et l'hypnose

Freud se passionna pour l'heuristique proposée par l'hypnose. Il pensa tout au long de sa vie l'hypnose en tant que telle, tout autant que les rapports entre hypnose et psychanalyse. Ainsi, Franz Polgar, qui fut son stagiaire en 1924, relate dans son autobiographie que Freud a continué à utiliser cette méthode au moins jusqu'à cette date.

Les liens entre psychanalyse et hypnose sont loin d'être faciles à délimiter. Ainsi, dans *L'Interprétation des rêves* (1900), Freud note qu'une forme d'état hypnotique est présente dans la méthode de l'association libre. Également, Freud a toujours reconnu, même beaucoup plus tard, la dette qu'il avait envers l'hypnose dans la compréhension des fonctionnements inconscients. Cependant, Freud semble avoir voulu un temps prendre ses distances avec l'hypnose, même s'il semble ne l'avoir jamais abandonné complètement. Car ce n'est pas tant avec l'hypnose qu'il souhaitait opérer une rupture, mais avec la suggestion, que Freud voulait écarter du champ psychothérapeutique tel qu'il l'entendait. C'est d'ailleurs avec cette illusion d'une pratique a-suggestive qu'il créa la psychanalyse, avant de reconnaître que la suggestion y était également présente (dans le transfert et les interprétations) et que la catharsis restait le noyau de la pratique psychanalytique (*Petit Abrégé de psychanalyse*, 1924). Il serait absurde de prétendre pour autant que la psychanalyse est restée affiliée à l'hypnose. La pratique hypnotique et la pratique psychanalytique sont différentes. Il est établi néanmoins que Freud, pour bâtir sa psychanalyse, s'est amplement nourri des écrits de praticiens de l'hypnose (Josef Delbœuf, Auguste Liébault, etc.).

Principaux écrits de Freud concernant l'hypnose :

- Freud S. (1890). *Traitement psychique (traitement d'âme)*.
- Freud S., Breuer J. (1895). *Études sur l'hystérie*, Paris, PUF.
- Freud S. (1900). *L'Interprétation des rêves*, Paris, PUF.
- Freud S. (1909). *Cinq Leçons de psychanalyse*, Paris, Payot.
- Freud S. (1918). *Les Voies nouvelles de la thérapie psychanalytique*.
- Freud S. (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*.
- Freud S. (1924). *Petit Abrégé de psychanalyse*.
- Freud S. (1925). *Ma vie et la psychanalyse*.
- Freud S. (1937). « L'analyse avec fin et l'analyse sans fin ».

Transfert : réactualisation de mouvements psychiques anciens dans l'histoire du sujet, éprouvés dans la réalité. On parle de « figures du transfert » pour désigner la place dévolue à un tiers (comme le psychanalyste) qui reçoit les mouvements transférentiels du sujet (il est mis tour à tour à la place du père, de la mère, etc.). Il ne peut y avoir de transfert sans projection.

À la suite d'un épisode où une patiente l'enlaça pour le remercier de l'avoir délivré de ses troubles, Freud commença à s'interroger sur la relation singulière s'établissant entre un praticien et son patient, et conceptualise le *transfert* qui sera alors la pierre angulaire à toute l'entreprise analytique.

Des *processus inconscients* semblent pour Freud à l'origine de ces phénomènes.

En 1899, paraît *L'Interprétation des rêves*, un ouvrage que Freud fait dater de 1900 pour inscrire sa nouvelle science dans le siècle naissant.

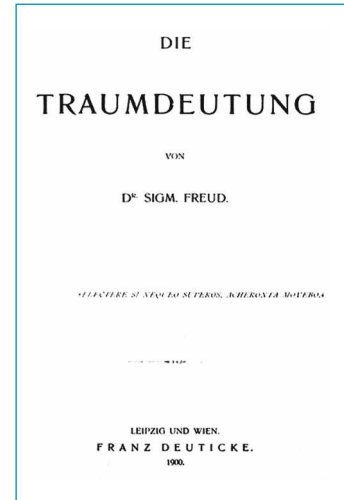
Il y décrit une méthode d'analyse des *productions oniriques* et pose ainsi les premières pierres de son grand édifice, la psychanalyse. En effet, les rêves seraient selon son mot célèbre « la voie royale vers l'inconscient ». C'est par l'analyse de ses propres rêves (autoanalyse) que Freud va poser certaines hypothèses de fonctionnement psychique, et tenter de comprendre plus avant le rapport entre les souvenirs d'enfance, les rêves et les manifestations névrotiques.

Afin de mettre à distance le poids des suggestions dans sa méthode, Freud préconise la *méthode des associations libres*, fondement du dispositif analytique. La consigne donnée au patient était de dire tout ce qui lui passait par l'esprit. Freud pensait ainsi pouvoir avoir accès aux contenus refoulés, à l'origine des symptômes névrotiques. Il commença à bâtir sa métapsychologie (architecture conceptuelle et théorique qui sous-tend l'approche psychanalytique) et notamment développa l'importance des *résistances*, qui s'oppose à la levée du refoulement. La règle de l'*interprétation* permet de faire des liens entre les éléments évoqués, donner du *sens* au parcours du patient et à sa dynamique psychique, et participe à la levée du refoulement.

À partir de 1905, Freud va perfectionner la méthode et la technique analytique et s'interroge sur la formation et l'enseignement de la psychanalyse. La discipline commence peu à peu à se propager, mais attire bien souvent plus de critiques que de vocations. Le 27 avril 1908 se tient le premier congrès international de psychanalyse. L'année suivante, Freud exporte sa méthode aux États-Unis, mais sans avoir le succès qu'il attendait. Puis vint la création en 1910 de l'International Psychoanalytical Association, qui existe toujours, dont la présidence est confiée à son confrère et ami Carl Gustav Jung, avant que Freud et lui ne se brouillent (Jung refusant la théorie d'une étiologie sexuelle à toute névrose).

La Première Guerre mondiale influença Freud dans ses avancées théoriques sur la psychanalyse. Il complète sa conceptualisation de l'appareil psychique et introduit de nouvelles notions, comme la *pulsion de mort* et la compulsion de répétition.

Après guerre, la psychanalyse commence à prendre son véritable essor, qui restera cependant très progressif et divers selon les pays. Mais globalement, la psychanalyse s'internationalise, avec la constitution de nom-



Couverture originale de l'ouvrage *L'Interprétation des rêves* (Sigmund Freud, 1900).

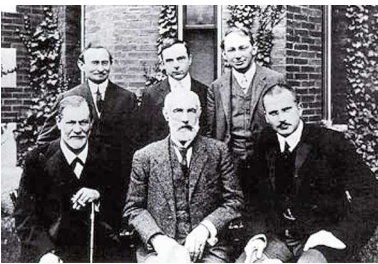


Photo de groupe devant l'université de Clark en 1909. Au premier rang, de gauche à droite : Sigmund Freud, G. Stanley Hall, C.G. Jung. Au deuxième rang, de gauche à droite : K. Abraham, A. Brill, E. Jones, S. Ferenczi.

breuses sociétés psychanalytiques. En France, la Société psychanalytique de Paris est créée le 4 novembre 1926, notamment à l'initiative de Marie Bonaparte qui permet à Freud de fuir le régime nazi, peu de temps avant sa mort.

À l'instar d'un Newton lorsque sont évoquées les théories de la gravitation des corps, Freud reste une référence absolue dans le champ des théories dites psychodynamiques. Pour autant, d'autres psychanalystes ont marqué la discipline, nous en citons ici certains :

- en lien direct avec Freud : Sándor Ferenczi, Anna Freud, Karl Abraham, Paul Federn, Georg Groddeck, Otto Fénichel, René Spitz... ;
- post-freudiens : Bruno Bettelheim, Heinz Kohut, Otto Kernberg, Heinz Hartmann, Michael Balint, Wilfried R. Bion, Esther Bick, Melanie Klein, Donald W. Winnicott... ;
- quelques psychanalystes francophones d'importance : Didier Anzieu, Piera Aulagnier, Jean Bergeret, Marie Bonaparte, René Diatkine, Françoise Dolto, Juliette Favez-Boutonier, André Green, Daniel Lagache, Jean Laplanche, Serge Lebovici, Joyce Mc Dougall, Alain de Mijolla, Sophie de Mijolla-Mellor, Michel de M'Uzan, Juan David Nasio, Jean-Bertrand Pontalis, Paul-Claude Racamier, René Roussillon, Maria Torok, Daniel Widlöcher...

Par ailleurs, deux personnages majeurs ont élaboré une approche psychanalytique suffisamment distante des théories de Freud pour mener vers des pratiques cliniques distinctes, il s'agit de Carl Gustav Jung (1875-1961), créateur de la psychologie analytique, et de Jacques Lacan (1901-1981), qui bâtit une théorie structurale du désir et du langage.



Marie Bonaparte
(1882-1962).

Www.

Site de la SPP : <http://www.spp.asso.fr>.



Carl Gustav Jung (1875-1961).

D'un point de vue métapsychologique

Rappelons que la psychanalyse se définit depuis Freud selon trois dimensions :

- un procédé d'investigation des processus psychiques ;
- une méthode thérapeutique ;
- un ensemble de savoirs sur la dynamique psychique.

La métapsychologie (correspondant au troisième point de la définition) est donc en premier lieu une *théorie du fonctionnement psychique*.

Dans une démarche proche de celle de la neurologie, l'étude du fonctionnement pathologique va ouvrir sur une compréhension du fonctionnement normal. Il n'y a pas en effet en Psychanalyse (comme pour d'autres approches) une différence de nature entre ces deux états (normal et pathologique), mais un *continuum*. Ce qui est pathologique est avant tout des expressions pouvant se retrouver dans un fonctionnement normal, mais de façon amplifiée et surtout marquée par la répétition.



À quoi renvoie la notion d'appareil psychique ?

Principe de réalité : capacité à moduler, différer la satisfaction pulsionnelle du fait d'exigences en lien avec le monde extérieur. Le principe de réalité, en tant qu'ajournement de la satisfaction, est le pendant du principe de plaisir (recherche de satisfaction immédiate et évitement du déplaisir), et ne substitue jamais totalement à elle.

Focus L'hypothèse de l'inconscient

Freud pose très rapidement dans son œuvre l'hypothèse de l'inconscient, c'est-à-dire qu'il pose en postulat à sa théorie qu'une instance échapperait à la conscience du sujet, et déterminerait en grande partie les conduites humaines. Les contenus formant l'Inconscient sont les éléments qui ont été l'objet du refoulement. L'Inconscient est par ailleurs régi par le principe de plaisir et caractérisé par un fonctionnement en processus primaire. Les contenus inconscients peuvent revenir sous la forme de « retour du refoulé », c'est l'exemple des lapsus, des actes manqués, etc.

La métapsychologie offre de plus une modélisation de *l'appareil psychique*, selon trois niveaux : topique, dynamique et économique (certains auteurs y ont ajouté un quatrième niveau, génétique, qui renvoie à la notion de développement psycho-sexuel d'un individu).

■ Le point de vue topique (topos = lieu) : la première topique (1900) postule trois systèmes psychiques qui sont l'inconscient, le préconscient, le conscient. La seconde topique (1923) postule trois instances : le ça, le moi et le surmoi.

Tableau 5.1
Les trois instances psychiques de la seconde topique.

Instances	Nature	Rapport à l'inconscient
Ça	C'est le « réservoir des pulsions ». Une pulsion est une énergie psychique possédant une origine (toujours corporelle), un but (toujours la satisfaction), une direction (la pulsion est toujours active ; cherche toujours à s'exprimer) et un objet (ce avec quoi la pulsion va chercher à se satisfaire)	Le ça est entièrement inconscient, dont régit par le principe de plaisir et soumis aux seuls processus primaires
Surmoi	Le surmoi est la somme des exigences éthiques, notamment obtenue par intériorisation des interdits, règles et lois sociales et parentales (interdit majeur : la prohibition de l'inceste ; le surmoi est dit « l'héritier du complexe d'Œdipe »). Le surmoi a également pour fonction d'établir un idéal pour le moi (notamment par intériorisation des images idéalisées des parents et des relations aux parents)	En grande partie inconscient, le surmoi possède cependant une partie consciente (par exemple, une partie des interdits peut consciemment être nommée).
Moi	C'est l'instance dite « de raison ». Le moi est en charge d'établir un compromis entre les pulsions contenues dans le ça, les exigences surmoïques, et en tenant compte du monde extérieur. Le rapport avec le dernier point, la situation extérieure, fait que l'un des buts du moi est de substituer autant que possible au principe de plaisir le principe de réalité. Également, le moi tend à imposer le plaisir plutôt que le déplaisir, en créant des conditions favorables à la satisfaction et en agissant directement sur le monde extérieur. Le moi utilise pour cela notamment les mécanismes de défense, dont il est le siège.	Partiellement conscient (par exemple, les perceptions immédiates), en partie inconscient (par exemple, mécanismes de défense).

■ *Le point de vue dynamique* : l'appareil psychique est compris comme un ensemble de forces en conflits (désirs et défense ; pulsions et interdits...) d'origine pulsionnelle et entièrement inconscientes. Dans un premier temps, Freud attribue l'origine de ce conflit à l'opposition entre pulsions d'auto-conservation et pulsions sexuelles. Puis, dans sa dernière modélisation, à l'opposition entre pulsion de vie (Éros) et pulsion de mort (Thanatos).

■ *Le point de vue économique* : une énergie circule au sein de l'appareil psychique, permettant des investissements et désinvestissements de différents objets psychiques (soi et autrui). Cette énergie est nommée *libido*, et possède une nature sexuelle. Pour faire le lien avec le point de vue dynamique, il est à noter que, dans la première modélisation, la pulsion d'auto-conservation nourrissait les investissements narcissiques (rapidement dit : soi) et la pulsion sexuelle alimentait les investissements objectaux (rapidement dit : autrui).

Dans ce modèle général, un *conflit psychique* va donner lieu à du refoulement et les éléments du conflit deviendront inconscients. Certains éléments, partiels, reviendront à la conscience (retour du refoulé) sous forme de manifestations symptomatiques de nature diverse mais toujours déterminés – c'est-à-dire ayant du sens – psychiquement (symptôme « en plein » : somatisations, troubles obsessionnels compulsifs, phobies, etc. ; manifestations psychiques : oublis de noms propres, actes manqués, etc.).

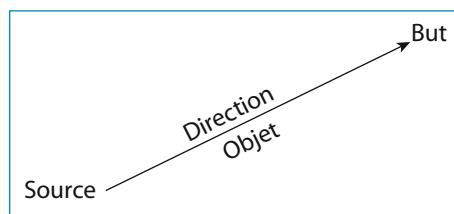


Figure 5.1 – Schématisation de la pulsion.

Pulsion : poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Elle peut se symboliser sous la forme d'une flèche ascendante et se définit selon quatre caractéristiques : sa source (toujours une excitation corporelle), son but (toujours la satisfaction en supprimant un état de tension), sa direction ou sens (une pulsion est toujours active), son objet (ce avec quoi ou dans quoi la pulsion va chercher à se satisfaire).

Focus

Le rêve chez Freud

Le rêve possède en psychanalyse freudienne un statut de symptôme : il réalise un désir inconscient tout en s'en défendant. Pendant le sommeil, l'individu se « coupe » de la réalité et la vie psychique s'exerce sans que cette dimension intervienne. Freud a parlé de « voie royale vers l'inconscient » pour désigner le travail du rêve dans ce sens, où les contenus inconscients s'expriment sans compromis avec la réalité. Pour autant, le récit du rêve possède deux niveaux : le contenu dit manifeste (ce qui est consciemment rappelé durant l'acte de parole) et le contenu latent (le sens caché, accomplissement d'un désir inconscient). Ce contenu est analysable en fonction des mécanismes en jeu : figurabilité (transformation d'une idée en image), déplacement (affect dérangeant qui se lie à une « fausse » représentation, moins dérangeante que la « vraie »), condensation (amalgame entre plusieurs représentations).

Le récit du rêve est également marqué par deux principes : le reste diurne (imprégnation d'éléments vécus durant la journée qui renvoient en fait à des souvenirs inconscients) et la figurabilité (reconstruction du rêve sous forme d'un récit structuré, qui correspond à une élaboration secondaire).

En psychanalyse, du fait de ces différents processus, il n'existe pas un sens univoque à une représentation rêvée. Il s'agit de trouver le sens des représentations présentes par la méthode des associations libres, et ainsi d'avoir accès aux processus inconscients qui se sont « libérés ».

2. Le dispositif thérapeutique

Principes



Le divan de Freud.

La « cure type » a conservé en grande partie le dispositif freudien : le patient (nommé analysant) est étendu sur un divan ou canapé, le praticien (nommé analyste) étant derrière lui (il est soustrait au regard de l'analysant).

Ceci a pour avantage de réduire les sollicitations et perceptions physiques pour favoriser les manifestations psychiques. Mais également, cela permet d'une part à l'analyste de se concentrer sur le seul acte de parole – par « attention flottante » – et à l'analysant de ne pas être influencé par la posture, le regard, les attitudes du praticien.

Tout cela contribue bien sûr à faire naître les expressions du transfert, en lien avec la régression psychique. Le transfert (et le contre-transfert) constitue la pierre angulaire de la thérapie analytique, et offre le cadre à la recherche de sens et de liens entre différents éléments discontinus mais reliés (en Psychanalyse, on considère que l'inconscient ignore le temps), favorisés par les interprétations de l'analyste.

Ce dispositif mobilise fortement le psychisme des patients, et de ce fait ne peut être proposé à tous (certains patients ont besoin d'un étayage massif dans un premier temps, par exemple). Aussi, le dispositif de la cure type est précédé par un ou plusieurs entretiens qui vont avoir pour fonction de voir si l'indication d'analyse peut être posée, puis déterminer les modalités pratiques de la cure (rythme des séances, etc.).

Or la situation de « cure type » se trouve le dispositif classique dit du « face à face ». Paradoxalement, cette dénomination ne signifie pas forcément que praticien et patient se font face, mais essentiellement que chacun est dans le champ visuel de l'autre.

Ce dispositif est par exemple employé dans les suivis psychothérapeutiques d'inspiration analytique (dont les suivis d'enfants), les psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique, les psychothérapies mère-enfant, les suivis ethno-psychanalytiques, etc. En fait, il s'agit du dispositif auquel le praticien a recours dès lors qu'il fait l'hypothèse de l'inconscient et s'appuie sur les théories psychanalytiques, et qu'il n'est pas en situation de cure type.

Contrairement à la cure type, les entretiens ne seront pas inscrits dans une non-directivité absolue, mais plus largement semi-directifs (situation d'entretien). Par contre, les principaux autres aspects seront respectés (méthode des associations libres, données liées au cadre fixées par avance...).

Aspects psychothérapeutiques

Dans un premier temps, Freud inscrit très clairement la psychanalyse dans une approche psychothérapeutique « pure », dont l'objectif était la levée des symptômes. La psychanalyse se développant, elle devint avant tout un mode de connaissance de soi où la guérison pouvait advenir « de surcroît » (Lacan), mais dont l'objectif principal était que le patient reconsidère ses investissements psychiques jusqu'à obtenir une nouvelle forme de satisfaction, que le ou les symptômes aient disparu ou soient simplement vécus autrement.



Thérapeute accompagnant un enfant en train de dessiner.

Fred Goldstein – Fotolia.com

Cette évolution est cependant surtout vraie pour la « cure type » qui constitue en cela une expérience de soi singulière et dont les bénéfices peuvent aller bien au-delà de la simple question d'une disparition de symptômes. Concernant les psychothérapies « en face à face » d'inspiration psychanalytique, elles sont plus ancrées dans la réalité du sujet et de ce fait accorde au devenir des symptômes motivant les consultations une valeur plus importante.

Enfin, un patient peut dans un premier temps s'engager dans une modalité « en face à face » avant de commencer un travail psychanalytique plus « orthodoxe », s'il en ressent le besoin.

II. LE MODÈLE COGNITIF ET COMPORTEMENTAL

1. Les racines de ce modèle

Influences croisées

En France, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) se sont développées à partir des années 1970, alors que ces méthodes existaient déjà depuis une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons. Paradoxalement, Pierre Janet est souvent cité comme précurseur français de cette méthode.

Le modèle cognitif et comportemental englobe un ensemble de techniques issues des théories de l'apprentissage, des apports des sciences cognitives (principalement concernant le traitement de l'information) et de la psychopathologie cognitive, et de façon plus récente, de notions issues du champ de la *psychologie de la santé* (dont les stratégies de coping).

Aspects comportementaux

À la base des TCC, on trouve des données appartenant au behaviorisme développé par John B. Watson. Dans cette approche, un stimulus agit sur un individu, ce qui l'amène à produire une réponse donnée ($S \rightarrow I \rightarrow R$). Mais la dimension à laquelle va s'intéresser le behaviorisme est principalement le système stimulus/réponse. Non que l'individu n'ait pas d'importance, mais son activité mentale est assimilée à ce que Watson nomme une « boîte noire » : un lieu où se passent un certain nombre de processus, mais dans laquelle il n'est pas possible, ou utile, d'entrer, pour comprendre les conduites humaines. On verra cependant que précisément ignorer la « boîte noire » (et notamment la question de la conscience, des processus automatiques, etc.) va limiter grandement le modèle behavioriste qui ira chercher du côté du cognitivisme précisément de quoi comprendre ce lieu dans lequel Watson n'avait pas souhaité entrer.

Le behaviorisme a été rendu célèbre par la théorie du conditionnement classique mis en évidence par Ivan Pavlov à la toute fin du XIX^e siècle, et sa célèbre expérience dite « du chien de Pavlov ».



De quelle discipline s'inspire l'approche TCC ?

Www.

Site de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies : <http://www.eabct.com> »

Coping : ensemble de processus cognitifs et comportementaux mis en place afin de répondre à des exigences internes ou externes qui dépassent les capacités d'adaptation d'un individu. Ce concept a été élaboré par Lazarus et Folkman.

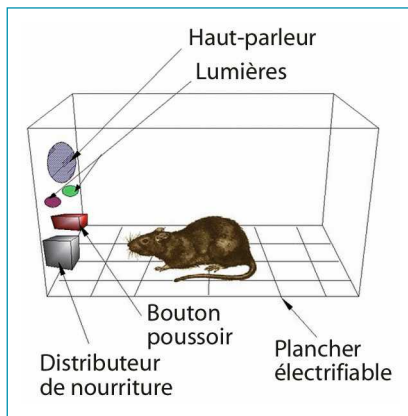


Figure 5.2 – La boîte de Skinner.

Puis la théorie du conditionnement opérant (ou instrumental) de Burrhus Skinner a enrichi considérablement le modèle classique.

APPLICATION

Le chien de Pavlov

Il s'agit là d'une étude célèbre, qui dépasse par sa notoriété le seul champ de la psychologie. Il s'agit ici de stimuler les réponses du système nerveux végétatif. Pour cela, Pavlov associe un stimulus neutre (un son) avec un stimulus inconditionnel (de la nourriture). La nourriture étant présentée juste après le son. La réponse (inconditionnelle) est la salivation. Après répétition de cette manœuvre, il suffit de faire entendre le son pour provoquer la salivation de l'animal. Stimulus et réponse sont devenus conditionnels.

L'expérience peut se résumer selon l'équation suivante :

$$SN + SI \rightarrow RI // \text{répétition} // SC \rightarrow RC$$

En application : si jamais votre chat s'égare dehors à la nuit tombée et que vous souhaitez le récupérer et si par chance vous le nourrissez avec des croquettes, il suffit d'agiter par la fenêtre sa boîte d'aliments : le seul son des croquettes s'entrechoquant non seulement provoquera sa salivation, mais en plus le fera revenir ! Enfin... S'il n'est pas déjà en train de dévorer un succulent oiseau...



L'un des chiens de Pavlov, empaillé.



Albert Bandura (né en 1925).

Pour Skinner, l'individu est en relation constante avec son *environnement*, et les conséquences de ses actions sur ce dernier le conduisent à modifier son comportement (répétition, annulation ou modulation). Les conséquences positives ou négatives des comportements viennent en effet les renforcer ou les éliminer. Il s'agit donc pour chaque comportement d'étudier : les circonstances d'apparitions, la réponse, les conséquences à effet renforçateur ou inhibiteur. L'extinction d'un comportement peut également être obtenue par une conséquence neutre au comportement considéré, qui finira par s'éteindre progressivement, selon Skinner.

Enfin, en plus des notions issues du conditionnement classique et opérant, intervient la dimension de l'apprentissage social par imitation de modèles d'Albert Bandura, dit « apprentissage vicariant » (1977).

Pour cet auteur, à côté d'un apprentissage qui se fait en accomplissement d'une action et expérience de ses conséquences, existe un apprentissage par observation du comportement (réel ou imaginé) des autres et des conséquences pour eux. Cet apprentissage vicariant peut faciliter ou inciter un sujet à accomplir certaines actions et à en éprouver leurs résul-

tantes, si celles-ci ont été observées comme positives pour les autres. Ceci participe à un mouvement consistant à vouloir éviter les situations perçues (et observées) comme menaçantes, et à s'engager plutôt dans des activités qu'elles se sentent aptes à accomplir. Ainsi s'introduit la notion d'*efficacité personnelle perçue*, vecteur du changement notamment psychothérapeutique. Cette théorie est proche de celle de Martin Seligman (1975) et son *learned helplessness* (« résignation acquise » ou « impuissance apprise ») : en situation de non-contrôle, le sujet finit par réagir selon trois dimensions :

- une difficulté progressive à faire le lien entre les actions et leurs conséquences ;
- une forte diminution de motivation ;
- une augmentation des sentiments de déprime.

Ainsi, l'impuissance acquise et la perte d'efficacité personnelle mèneraient à quelque chose de l'ordre de la psychopathologie (stress, anxiété, dépression). Le changement psychothérapeutique ne peut s'opérer que lorsque le sujet se pose à nouveau dans une certaine attente de résultats positifs.

Aspects cognitifs

Dans l'approche cognitive, il existe deux types de processus, automatiques et contrôlés, régulant la relation entre conscient et non conscient :

- les processus automatiques sont le siège des schémas cognitifs qui traitent l'information de façon inconsciente, rapide, sans effort, sans attention (ou peu). Ils sont difficiles à modifier et donnent lieu à des pensées automatiques, qui peuvent relativement facilement devenir conscientes en tant que « produit fini » (les schémas sous-jacents restant inconscients) ;
- les processus contrôlés sont eux parfaitement conscients, lents, et requièrent des efforts et de l'attention. Ils sont par contre facilement modifiables, et permettent une certaine prise de distance vis-à-vis de soi. Ils vont donc être favorisés dans l'approche psychothérapeutique.

Dans cette compréhension, la psychopathologie postule l'existence de distorsions cognitives et de biais spécifiques à chaque trouble (croyances irrationnelles, pensées dysfonctionnelles...). Des *schémas d'interprétations inadaptées* sur soi, l'environnement, les événements passés, actuels et futurs existent. Par exemple, des schémas de dangers dans les phobies, des schémas de surresponsabilité dans les troubles obsessionnels compulsifs.

Ces schémas pathologiques orientent l'attention du sujet vers tous les éléments qui viendront les confirmer, et donc les renforcer.

Des schémas précocement acquis peuvent construire la base d'une personnalité, y compris pathologique. Pour autant, ces schémas dysfonctionnels ont toujours eu une *valeur adaptative* dans un premier temps (valeur de protection contre un événement, par exemple). Mais ils ont été renforcés et sont devenus pathogènes dans les autres événements (circonstances de vie) du sujet.



Pour Bandura, l'observation d'un groupe peut être source d'apprentissage.

Michael Joest - Fotolia.com

Schéma cognitif : structure imprimée par l'expérience sur l'organisme.



Schématization d'un réseau neuronal.

lts design - Fotolia.com

Schémas et pensées dysfonctionnelles dans la dépression



Wrangler - Fotolia.com

La dépression est toujours une expression de souffrance.

Selon Aaron Beck, la dépression est la résultante de distorsion dans les trois domaines suivants (triade de Beck) :

- cognitions sur soi (« je suis un loser ») ;
- cognitions sur l'environnement (« les gens sont de plus en plus individualistes ») ;
- cognitions sur l'avenir (« rien ne peut changer »).

De cette triade découle dix processus de distorsion cognitive types :

- le raisonnement dichotomique (en « tout ou rien ») : « si mon CV n'est pas retenu, c'est que je ne vauds rien » ;
- la surgénéralisation : « ma fille ne m'a pas dit qu'elle m'aimait, je ne suis pas un bon père » ;
- l'abstraction sélective : « oui j'ai conclu l'affaire, mais je n'ai pas arrêté de bégayer, ça s'est très mal passé » ;
- la disqualification du positif : « ma femme me sourit quand je rentre, mais je vois bien que c'est parce qu'elle a pitié » ;
- inférences arbitraires : « mon patron ne m'a pas félicité pour le contrat ; il pense me licencier mais ne sait pas comment me le dire » ;
- dramatisation et minimalisation du positif : « j'ai oublié mon portemonnaie à la boulangerie. Ça va se savoir et je vais être ridicule dans le quartier » ; « il avait besoin rapidement du matériel, c'est

pour ça que le marché a été conclu » ;

- le raisonnement émotionnel : « si je me sens mal depuis si longtemps, c'est bien que quelque chose ne va pas chez moi et que je n'aurais pas les tripes que ça change » ;
- les fausses obligations : « je dois absolument payer une voiture à ma fille si elle a son permis » ;
- l'étiquetage : « mon patron est un bourreau » ;
- la personnalisation : « si mon fils redouble, c'est que je n'ai pas su bien l'éduquer ».

2. Le dispositif TCC

Principes

La base première des TCC est donc le modèle des conditionnements classiques, opérants, et de l'apprentissage vicariant comme un ensemble de lois régulant les conduites des êtres vivants et humains en particulier. Dans certains cas, les apprentissages peuvent devenir inadaptés, voire pathologiques, et devront être régulés dans une *perspective psychothérapeutique*. Pour certains troubles, les dysfonctions comportementales mais aussi cognitives peuvent avoir un rôle direct dans leur apparition (lien de cause à effet). Pour d'autres troubles, les facteurs défaillants favorisent simplement leur apparition. Dans un troisième cas enfin, il peut s'agir de facteurs d'entretien des troubles.

Il existe en fait différents dispositifs de suivis, fonction du type de pathologie dont souffre le patient. Ainsi, le temps des suivis varie (par exemple, dix séances pour des troubles anxieux simples, une centaine pour des troubles « borderline »), comme le temps des consultations (de trente minutes à trois heures), ou la forme du suivi (individuel, en groupe, individuel et groupe). Pour autant, on peut dégager *quatre dimensions communes* à tout suivi cognitivo-comportemental :

- l'établissement d'un contrat entre le patient et le praticien ;
- une définition claire et précise des objectifs, fonction des conduites à réguler ;
- un cadre défini par avance ;
- une mesure constante des changements en cours et/ou obtenus (hétéro-évaluation et/ou auto-évaluation).

Il s'agit ici de remplacer des comportements défaillants par des comportements plus opérationnels, selon les lois du conditionnement. À cela est ajouté un travail autour de représentations cognitives dysfonctionnelles, qui entretiennent le ou les symptômes. En effet, dans cette approche, ce sont des *distorsions cognitives* qui sont à l'origine des symptômes. Le but est donc de les identifier, d'en faire prendre conscience le sujet et de les modifier (à l'aide des capacités du sujet). La démarche du psychothérapeute est dans cette perspective assez directive. Pour autant, la relation est marquée par un style de coopération recherchée entre les deux parties, et une alliance thérapeutique de qualité est recherchée.

Point préliminaire important, le praticien mène une analyse motivationnelle puis une *analyse fonctionnelle du symptôme*, principalement selon quatre axes :

- axe cognitif : croyance, style cognitif, réactivité au stress... ;
- axe émotionnel : humeurs, niveau de catastrophisme... ;
- axe comportemental : nature des conditionnements et déconditionnements... ;
- axe des interactions avec l'entourage : réseau social, satisfaction au travail... Une fois établies les variables externes et internes possibles intervenant sur le symptôme, il est établi des hypothèses de travail à partir des relations fonctionnelles entre les différentes variables. Il s'agit là d'un modèle général, puisque plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle existent (modèle SORC : stimulus, organisme, réponse, conséquence ; modèle de Kanfer et Saslow ; grille SECCA : stimulus, émotion, cognition, comportement, anticipation ; modèle BASIC-IDEA : *behavior, affect, sensation, imagery, cognition, interpersonal, drugs, expectation, attitudes*, etc.).

Les techniques utilisées sont principalement de *trois ordres* :

- relevant du déconditionnement : technique d'exposition (par exemple, exposition progressive à l'objet d'une addiction, comme du vin) ;
- relevant de l'apprentissage social : techniques d'affirmation de soi, jeux de rôles, etc. ;
- relevant de la restructuration cognitive : modification des pensées automatiques et des schémas, etc.

Par ailleurs, il est demandé au patient d'effectuer un certain nombre de tâches entre deux séances, afin d'engager le patient dans une stratégie de changement.

Aspects psychothérapeutiques

Les TCC prennent évidemment en charge des patients avant tout, et s'intéressent d'ailleurs à leur histoire de vie, mais de façon différente qu'en psychanalyse. Pour autant, « l'étalon » des suivis reste ici le symptôme ayant motivé la consultation.



Viktor Kuryan – Fotolia.com

Issus de la psychologie expérimentale, les TCC s'inscrivent dans une logique scientifique au sens médical du terme (*Evidence Based Medecine*), tout en conservant une démarche clinique. Comme la psychanalyse, les TCC sont régulièrement l'objet de critiques parfois justifiées, d'autres fois partisans, injustes. Elles correspondent pourtant à un besoin certain dans le champ des psychothérapies, et en cela sont totalement légitimes dans leur approche.

Focus

Les TCC déplacent-elles le symptôme ?

Parmi les critiques les plus souvent formulées envers les TCC se trouve l'accusation qu'elles « déplacent » le symptôme. Autrement dit, qu'en n'allant pas voir du côté de la racine traumatique, le symptôme considéré serait amené à réapparaître sous une autre forme. Cette critique est pour le moins curieuse. Sans dresser ici un état des lieux de la notion de « déplacement de symptôme » dans l'œuvre de Freud (qui n'est présent dans son œuvre que de façon pour le moins parcellaire et circonstanciée), il est à remarquer que l'on « exporte » un pan de la théorie psychanalytique pour l'appliquer à un champ de savoir totalement distinct, ce qui pose un problème épistémologique certain. C'est un peu comme si la physique reprochait à la biologie de ne pas tenir compte des lois de la gravitation pour étudier les phénomènes de production cellulaire qui interviennent dans l'expansion d'un corps vivant... Ou simplement que les TCC reprochaient à la psychanalyse de ne pas prendre en compte la dimension des apprentissages dans l'expression par exemple des troubles phobiques.

On est simplement dans deux approches différentes, qui ne possèdent ni l'une ni l'autre un savoir permettant de prétendre qu'elles peuvent tout résoudre, et qui ne sont pas superposables. Elles peuvent cependant être parfaitement complémentaires dans le parcours psychothérapeutique d'un individu. Si par exemple un commercial en reposicionnement professionnel commence à souffrir de troubles de l'assertivité (affirmation de soi), il peut être utile de commencer par un règlement du symptôme en quelques séances de TCC avant de poursuivre vers une prise en charge plus psychanalytique, orientée autour du sens du symptôme si le patient le souhaite. Ceci, afin d'éviter autant que possible une désocialisation de cet individu, qui ne manquerait pas d'aggraver sa situation.

3. Les développements récents des TCC : la 3^e vague

Dans une perspective historique, on considère que ces thérapies d'abord comportementales (1^{re} vague) se sont ensuite enrichies des aspects cognitifs (2^e vague). Depuis quelques années, apparaissent des modèles se focalisant plus sur des aspects émotionnels, telles que les « MBCT » : thérapies cognitives basées sur la « pleine conscience », intégrant, dans la TCC, des exercices de méditation ou encore issue de la thérapie ACT (thérapie d'acceptation et d'engagement). Certains auteurs considèrent alors ces nouvelles approches comme formant la 3^e vague en TCC. Selon cette nouvelle approche, il ne s'agit pas tant de modifier les comportements ou les pensées comme il était de coutume dans les 1^{re} et 2^e vagues, que de changer le rapport que nous entretenons avec les événe-

ments psychologiques douloureux (pensées ou émotions douloureuses). Concrètement, plutôt que de modifier une pensée ou émotion douloureuse, le patient va apprendre à l'accueillir, à ne pas chercher à l'éviter (ce qui ne ferait que la maintenir), ni à croire cette pensée et de continuer à avancer vers ce qui compte pour lui, ses valeurs, malgré la présence de cette pensée ou émotion.

Prenons un exemple : Monsieur P. souffre d'une importante anxiété sociale. Il relate notamment qu'il est pour lui très douloureux d'emmener son fils de 7 ans à son entraînement sportif hebdomadaire, car il reste une heure à attendre, sans savoir quoi faire, à rencontrer d'autres parents à qui il n'ose pas adresser la parole, ou quand on lui parle, il rougit, bafouille et ne sait pas quoi répondre. Cette situation déclenche chez lui une importante anxiété et active des pensées automatiques du type « Je suis nul, ridicule, je ne sais pas parler, les gens vont se moquer de moi ». Alors il a souvent tendance à éviter la situation et c'est son épouse qui conduit son fils à cet entraînement. Cela constitue pour lui une « double peine », car en plus de l'anxiété sociale déjà douloureuse, cela l'éloigne d'une valeur importante pour lui qui est « d'être un bon père », qui s'occupe de son fils et le suit dans ses activités sportives.

Selon la démarche classique des TCC (1^{re} et 2^e vagues), une stratégie thérapeutique pourrait s'axer sur une diminution de l'angoisse, par le biais d'exercices d'expositions progressifs, de critique et de modification de ses pensées automatiques.

Selon la 3^e vague et la thérapie ACT, par exemple, le thérapeute aidera Mr P. à ne pas éviter l'anxiété sociale ni ses pensées automatiques qu'il éprouve dans la situation, mais à les accueillir, les constater, ne pas chercher à lutter contre, ni à les modifier, mais d'aller quand même dans le sens de sa valeur fondamentale : être un bon père, en accompagnant son fils malgré la souffrance ressentie. L'idée étant que le patient sera ainsi beaucoup plus aidé et souffrira moins en agissant dans le sens de ses valeurs, malgré cependant une certaine souffrance, qui, selon cette approche, est inhérente à la condition humaine. Leurs caractéristiques communes demeurent la recherche de preuve de leur efficacité par des études scientifiques.

III. LE MODÈLE SYSTÉMIQUE

1. Théorie sous-jacente

Les bases de cette approche sont multiples, et concernent différentes disciplines : les systèmes biologiques (Ludwig von Bertalanffy...), les systèmes cybernétiques (Norbert Wiener...), les systèmes sociaux (Weick, Checkland...), etc. Mais c'est surtout l'école de Palo Alto (« groupe de Bateson ») qui va nourrir le plus ce que l'on nomme « systémie » en psychologie, en s'intéressant particulièrement aux systèmes de communication.

Une notion clef est celle de la *double contrainte*, qui se définit comme une situation où un membre du système est confronté à des messages para-



Qu'est-ce que la double contrainte en systémie ?



Gregory Bateson
(1904-1980).

doxaux auxquels il ne peut se soustraire. Ces messages paradoxaux ne peuvent être perçus directement et clairement, parce qu'ils sont de niveaux différents, qu'ils se présentent de façon déguisée, ou qu'ils sont déniés (par le groupe). Enfin, du fait de cette non-perception, le sujet ne peut exercer son sens critique et commenter les absurdités des paradoxes en jeu (ou en tout cas, les commenter de façon efficace pour son évolution personnelle ou la salubrité du système).

EXEMPLE

(issu de P.Watzlawick) : une mère offre à son fils deux cravates, une rouge et une bleue. À sa visite suivante, le fils porte la rouge ; sa mère lui dit : « Tu n'aimes pas la cravate bleue ? » À la visite d'après, il porte la bleue et sa mère de lui dire : « Tu n'aimes pas la cravate rouge ? » À la troisième visite, la mère voit que son fils porte les deux cravates et lui dit : « Ce n'est pas étonnant que tu sois placé en psychiatrie ! »

Focus

L'école de Palo Alto

Palo Alto est une ville de Californie, aux États-Unis, qui va voir l'émergence d'un important groupe d'étude autour des théories de la communication.

Le « fondateur » est Gregory Bateson, qui s'intéressait à la communication entre les êtres vivants, initialement dans le champ anthropologique, avec sa femme Margaret Mead. Il bâtit son premier concept, la schismogénèse (polarisation des relations entre individus, dans un groupe donné), puis celui de double contrainte comme cas particulier de la schismogénèse (paradoxe créé par la concomitance de deux modes de communication opposés). Son travail avec le psychiatre Don Jackson l'amènera à considérer que la schizophrénie prend naissance dans ce système de double contrainte. Une certaine simplification de la notion de double contrainte fera que Bateson prendra finalement ses distances avec l'école de Palo Alto, qu'il avait créé avec Jay Haley, John Weakland et William Fry.

Mais c'est bien à Don Jackson (qui travaillait initialement sur l'homéostasie familiale et sur la schizophrénie) que l'on doit la création du Mental Research Institute en 1959, où étaient cliniquement mises en application les théories du Palo Alto. Cependant, il faudra attendre les travaux de Paul Watzlawick (« ancien » psychanalyste jungien) pour qu'une théorie unifiée apparaisse. Ses écrits font à ce jour référence.

Citons enfin le psychiatre Milton Hyland Erickson, fondateur d'une méthode clinique de l'hypnose utilisant amplement des principes de communication. Il n'appartenait pas au mouvement de Palo Alto proprement dit, mais eut une influence sur son évolution (notamment Bateson, Haley et Watzlawick s'intéressant à sa façon de pratiquer). Actuellement, les voies thérapeutiques explorées par le Palo Alto se rapprochent beaucoup de l'hypnose dite éricksonienne.



Dans la perspective systémique, on considère l'individu comme appartenant à des systèmes (famille, couple, milieu du travail...) qui chacune possède des modalités de fonctionnement propres et des lois qu'il s'agit de pouvoir ici dégager.

La psychopathologie est en effet perçue comme le produit d'une anomalie d'un au moins de ces systèmes. En dégagant les lois de fonctionnement du système considéré, on vise par la suite à lui redonner un équilibre moins pathogène, en postulant qu'alors, le symptôme n'ayant plus sa raison d'être, pourra disparaître ou se normaliser.

Chaque individu appartient à des systèmes
qui sont en relation.

2. Dispositif et aspects psychothérapeutiques

Traditionnellement, la thérapie systémique se pratique en groupe, avec des personnes « clefs » intervenant dans un système donné (le noyau familial, par exemple). Ceci dit, des formes de psychothérapie individuelles existent ; on considère alors qu'il est possible de modifier unilatéralement les relations d'un sujet avec le reste du groupe et que si ce sujet « bouge », alors le reste du groupe va « bouger » également, en modifiant l'équilibre du système. Les thérapies systémiques peuvent faire intervenir un second psychothérapeute, qui aura pour fonction d'observer à distance (derrière une glace sans teint, par exemple) les interactions entre le « patient désigné », membres du système, et les interactions avec le premier psychothérapeute impliqué dans le système donné le temps des séances (fixé à l'avance).

Les thérapies systémiques proposent majoritairement des prises en charges brèves.

Dans cette approche, il s'agit dans un premier temps de comprendre comment un système donné, auquel appartient le patient, maintient son *homéostasie* et s'auto-régule. Ce sont les liens dans l'ici et maintenant qui sont étudiés (il n'est pas nécessaire dans cette approche de connaître les causes pour agir sur les effets) ; les manifestations cliniques du symptôme étant comprises comme des aspects du processus en cours.

Puis, avec l'aide du thérapeute, un nouveau contexte de relation peut par exemple être proposé afin de stimuler le changement et que le comportement attendu puisse advenir. Dans cette approche, les « forces » qui maintiennent l'homéostasie pathogène ne sont jamais directement et immédiatement remises en cause. On agit sur *la forme de relation*, sur des données plus générales sachant que lorsqu'une loi du fonctionnement du système est même partiellement remise en cause (par des techniques données : jeux de rôles, « prescription de symptômes » (consigne donnée de l'amplifier un temps), ou autre), une nouvelle homéostasie va se chercher (la « réponse appropriée »).

Autrement dit, les conduites ne sont jamais remises en question en tant que telles, mais leurs conditions d'apparition sont l'objet des prises en charge thérapeutique, pour stimuler le changement.



L'équilibre d'un groupe peut parfois tenir à peu de choses...

Patient désigné : terme qui définit le sujet porteur du symptôme, qui masque les dysfonctions du système et même garantit un certain équilibre, une certaine stabilité au groupe, quoique pathogène. Le patient désigné préserve malgré lui les mythes et lois qui fondent le système ; en cela, son symptôme a du sens quant aux forces en jeu et au type de relations entretenues.

IV. QUELQUES AUTRES MODÈLES

1. Approche phénoménologique

Ce courant est imprégné de la philosophie allemande, notamment Edmund Husserl, qui proposait de comprendre la psychologie d'un homme en partant de l'observation sans *a priori* théorique sur son vécu, son mode de relation avec son entourage, etc.

Il s'agit ici de mettre l'expérience humaine comme objet d'étude, de pouvoir la qualifier et la comprendre, et en particulier dans le champ de la pathologie, précisera le psychiatre et philosophe Karl Jaspers (1883-1969). La méthode de ce dernier consistait à décrire les vécus psychiques conscients des malades mentaux, à les classer, puis à les comparer aux vécus de « l'homme normal ».

L'approche phénoménologique fait enfin appel à Ludwig Binswanger (1881-1966), dissident freudien, qui développe la notion « d'être au monde » et propose d'étudier l'humain là où il se trouve (de son parcours, de son existence, de ses expériences), sans faire référence à des théories préétablies pour expliquer les faits observés. Sa méthode porte le nom « d'analyse existentielle » (*Daseinanalyse*), et met l'accent sur la relation et l'expérience vécue, dont la signification doit être recherchée.

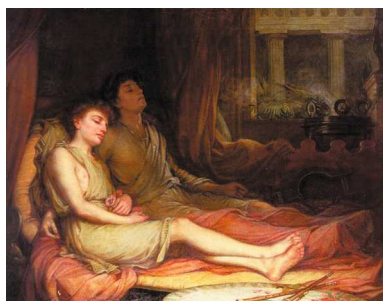


Ludwig Binswanger
(1881-1966).

2. L'hypnothérapie

L'hypnothérapie désigne l'usage de la méthode hypnotique dans le champ des psychothérapies. L'hypnose possède de nombreuses définitions, ce qui renvoie aux nombreux domaines qu'elle intéresse : psychologie, psychopathologie, médecine, anthropologie, etc. Nous en proposons la définition suivante : « L'hypnose est un état modifié de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet en interrelation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. » Dans cette définition se trouve ce qui constitue les trois aspects fondamentaux qui vont guider la pratique de l'hypnose : un état psychologique singulier (état modifié de conscience, dissociation psychique), la dimension relationnelle qui possède des caractéristiques propres (cf. Bioy, 2007), et enfin un champ de conscience élargi (François Roustang parle de « perception »).

L'hypnose possédant des représentations fortes, avec de nombreuses croyances associées, nous proposons le tableau 5.2 pour répondre à certains points, de façon synthétique.



« Sleep and His Half-Brother Death »
par John William Waterhouse
(1849-1917).



Hypnos (Somnus).
Marbre, œuvre romaine, règne
d'Hadrien (117-138 ap. J.-C.).

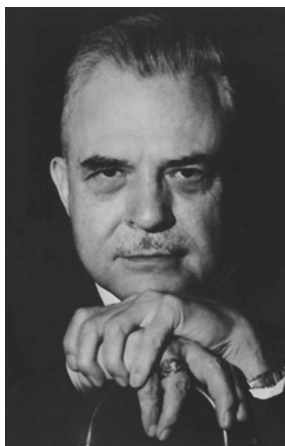
Tableau 5.2
« Fausses idées autour de l'hypnose ».

Fausses croyances	La réalité
L'hypnose est un état artificiel	L'hypnose désigne un état parfaitement naturel, qui se produit lorsque le sujet est à la fois détendu et très attentif. Elle débute par une intention : la mise en place intentionnelle d'un contexte induisant un état hypnotique.
L'hypnose est un pouvoir	Pratiquer l'hypnose ne requiert aucun talent ou pouvoir d'aucune sorte. Il s'agit d'une méthode de prise en charge, qui s'apprend en formation continue sur un à trois ans.
L'hypnose est une forme de sommeil	Non seulement il ne s'agit pas d'une forme de sommeil, mais il s'agit d'un état d'hyper-éveil et d'hyper-concentration. Les patients restent conscients...
En hypnose, on est sous la domination de l'autre.	Les patients gardent le contrôle durant la séance, et les suggestions ne sont que des propositions dont le patient va disposer. Les suggestions qui par exemple vont à l'encontre du système de valeurs du patient ne sont pas réalisées par lui.
L'hypnose est une technique de spectacle	L'hypnose de spectacle est... du spectacle. L'hypnose clinique, utilisée dans le champ de la santé, n'a aucun lien avec ce qui est montré dans les « shows » publics.
L'hypnose a à voir avec le surnaturel	L'ésotérisme a emprunté beaucoup de techniques thérapeutiques issues du champ de l'hypnose pour se donner des appareils plus spectaculaires, voire une fausse légitimité. Mais l'hypnose n'a rien de surnaturel : ni visite dans des vies antérieures, ni phénomène d'hypnose à distance ou de télépathie, etc.
L'hypnose demande un cadre particulier	Comme pour tout suivi psychothérapeutique, il vaut mieux un cadre clôt et peu sonore. Mais tout le reste ne serait que mascarade (allumer des bougies, parler dans un casque au patient via un micro, etc.)
L'hypnose a un lien avec l'hystérie.	Le neurologue Charcot le pensait, à tort. L'hypnotisabilité est indépendante des structures psychiques. Par contre, on assimile de plus en plus la suggestibilité à un trait de personnalité.
L'hypnose n'est que suggestion	La suggestion est présente dans l'hypnose comme principe de communication, mais l'hypnose ne se réduit pas à elle, bien d'autres principes interviennent.

Il existe plusieurs écoles en hypnothérapie, dont vont découler des pratiques et des dispositifs différents. Globalement, cependant, il s'agit d'entretiens individuels, en face à face, où le patient reste assis (la position allongée étant plus un dispositif intervenant en relaxation ou en sophrologie). Au sein d'une consultation clinique, la session d'hypnose dure en moyenne entre vingt et trente minutes (avant : point avec le patient ; après : retour sur différents éléments qui ont émergé pendant l'hypnose). Enfin, les moments d'hypnose sont des moments où patient et hypnothérapeute sont en interaction notamment verbale (dialogue) plus ou moins appuyée.

La façon dont sera menée la session d'hypnose variera selon le type de pratique. À l'heure actuelle, on peut distinguer trois grands courants de pratique de l'hypnose (pour plus de détails, cf. Bioy et Michaux, 2019) :

● *L'hypnose éricksonienne* : il s'agit d'un courant fondé par le psychiatre Milton Erickson, dont la pratique emprunte à la thérapie centrée sur le



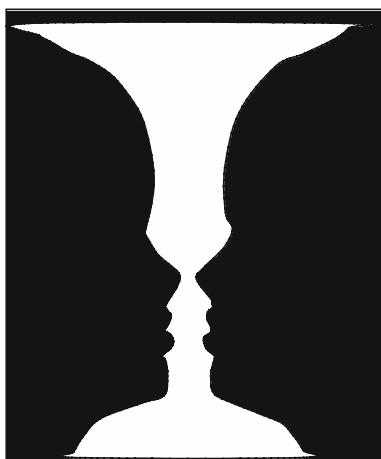
Milton Erickson
(1901-1980).

patient de Carl Rogers et au comportementalisme de James Watson. Erickson a développé son approche dans une optique très communicationnelle, et il s'agit de la pratique la plus répandue au monde.

- *l'hypnoanalyse* : il s'agit d'un courant d'inspiration analytique où, parmi les précurseurs, on trouve Lewis Wolberg, John Watkins ou encore Erika Fromm. Il s'agit ici d'une méthode qui s'inscrit dans les conceptions psychanalytiques (freudienne, junguienne ou ego-psychology, principalement) mais dont le cadre de pratique est adapté pour qu'un travail de type hypnotique puisse être réalisé (travail autour des percepts, symbolisation des résistances...);

- *le rêve éveillé* : courant développé par Robert Desoille, le rêve éveillé consiste en la verbalisation de productions imaginaires, initialement à partir de thèmes fixes (un vase...). Le rêve éveillé connaît aujourd'hui deux grandes écoles : le rêve éveillé en psychanalyse et le rêve éveillé d'orientation phénoménologique (créé par Oleg Poliakow).

Sans que cela soit encore un courant bien circonscrit, ces dernières années ont vu le développement d'une pratique de l'hypnose en lien avec les TCC (particulièrement dans le domaine des troubles anxieux, phobiques, et de l'affirmation de soi/confiance en soi). En France et dans les pays francophones, François Roustang a développé une approche singulière, particulièrement féconde, et qui fait en partie le pont avec « la pleine conscience ». L'hypnose serait selon lui un état où le sujet passe d'une conscience discontinue à une conscience globale, continue (voir notamment son ouvrage « Jamais contre, d'abord »).



Le mécanisme des illusions est étudié par la gestalt. Ici, s'agit-il de deux visages ou d'un vase ?

3. La gestalt-thérapie

Comme son nom l'indique, ce courant s'inspire du courant de la gestalt (traduit par « psychologie de la forme »), dont les pionniers sont Max Wertheimer, Wolfgang Köhler, Kurt Koffka... La *gestalt* est une forme structurée qui prend des sens différents pour son observateur selon des contextes donnés. Dans cette optique, le tout est différent de la somme des parties et peut avoir des significations différentes : les perceptions obéissent à un certain nombre de lois. Pour comprendre une conduite, il va s'agir de percevoir dans quel ensemble plus vaste elle apparaît car une conduite donnée est fonction non de ce qu'elle est en tant que telle, mais à quelle forme, situation, contexte, elle se réfère.

EXEMPLES

Exemple « forme/contexte » : une table devient « bureau » lorsqu'on y pose un ordinateur et des stylos, et « table à manger » lorsqu'on y met des assiettes et des couverts.

Exemple « tout/parties » : une musique ne peut se réduire à une succession de notes.

La gestalt-thérapie (*gestalten* : « mettre en forme, structurer ») s'inscrit dans une *optique dynamique* des relations entre un individu et son environnement, qui sont par définition en évolution perpétuelle. Créée par le neuropsychiatre et psychanalyste Fritz Perls (1893-1970) ainsi que Laura Perls et Paul Goodman, la gestalt est une thérapie de « l'ici et maintenant ». Elle

met en jeu le corps, les émotions, les affects ainsi que les productions de l'imaginaire et la parole, même si celle-ci ne fait pas l'objet d'une analyse donnée mais a pour but la prise de conscience des processus en cours dans chaque situation exposée.

L'objectif de la gestalt est d'augmenter la *capacité d'adaptation* d'un sujet avec des environnements différents, et permettre les conditions favorables au changement, au développement et à l'intégration de qui est l'individu (ressentis émotionnels, besoins, désirs, présence à soi et aux autres...).

4. Les thérapies à médiation

Ce groupe de thérapies tire leur désignation dans le fait qu'elles sont médiées par une activité donnée. Il ne s'agit pas ici d'exercer un cadre psychothérapeutique utilisant essentiellement la parole (psychanalyse, TCC...) et d'y inclure ponctuellement des outils autres (travail ponctuel autour de la respiration, jeu du *squiggle*, etc.), mais bien de prendre pour base de travail l'objet de la médiation.

On peut distinguer trois médiations différentes :

- **l'art-thérapie** : dessin et peinture, musique, écriture et travail autour du conte, expression théâtrale... Le patient s'exprime librement et spontanément, l'art-thérapeute facilitant un travail autour du monde interne du patient à partir de ce qui est produit. Un travail autour de l'acte de création est également proposé, avec tous les déterminants psychiques que cet acte comporte (conditions de l'acte ; appropriation de l'espace, du temps, de la résonance du matériel ; travail autour des éléments projectifs ; impact de la création...);

- **les thérapies à médiation corporelle** : relaxation, sophrologie, training-autogène, méthode Feldenkrais... Elles ont pour particularité de mettre le corps au centre de la prise en charge, et parfois aussi le mouvement (mais sans la dimension créatrice, propre à l'art-thérapie). Le sous-basement théorique à ces approches est l'hypothèse du lien entre psyché et soma ; le but est ici le considérer l'individu dans son tout psycho-corporel. En liminaire est présente l'idée que si psyché et soma sont reliés, alors en agissant sur l'un (détente musculaire, par exemple), on agit sur l'autre (détente psychique, amenant notamment une anxiolyse) ;

- **les thérapies à médiation par l'animal** : zoothérapie, asinothérapie, équithérapie. Le but est ici de restaurer quelque chose de l'ordre du psychique chez un patient, en faisant appel à un être vivant qui va le mobiliser tant corporellement (mouvement, le toucher...) que psychiquement (appel aux représentations en lien avec l'animal, expression émotionnelle...). L'animal en soi n'est évidemment pas thérapeutique (ni thérapeute !), c'est l'accompagnement qu'aura le praticien qui a ici un intérêt ; travail médié par l'animal et ce qu'il peut mobiliser pour un patient.

Certaines applications permettent d'accompagner des personnes en difficulté d'adaptation et du développement de la communication.



Atelier d'art thérapie.

Philippe Minisini - Fotolia.com

Squiggle : échange où le thérapeute fait un tracé libre et demande au patient (enfant) de l'examiner et de le compléter pour le transformer en quelque chose. Puis le thérapeute le transforme à son tour, etc. Le matériel co-construit, par les échanges communs (paroles et dessins), part du vide pour s'élaborer petit à petit. Ceci permet d'une part de saisir la réalité psychique du sujet (dimension projective du dessin), mais présente aussi un intérêt thérapeutique. Ce jeu a été forgé par le psychanalyste D.W. Winnicott.

Www.

Société française d'équithérapie : <http://sfequithérapie.free.fr>



Le contact avec l'animal peut se révéler un excellent outil de médiation.

Mode : ensemble de schémas ou d'opérations de schéma adaptés ou non, qui sont actifs à un moment donné chez un individu.

Précisons enfin, s'il est besoin, que s'inscrire dans un acte thérapeutique nécessite que le thérapeute ait une formation initiale et continue *ad hoc*. Il est possible de faire appel aux animaux dans un acte d'animation ou d'éveil, louable mais sans visée psychothérapeutique, on parlera alors non de thérapie à médiation par l'animal mais d'animation (ou d'activité) médiée par l'animal.

5. La thérapie des schémas

Cette forme de thérapie intègre principalement des données issues des thérapies cognitives, mais aussi sur des stratégies provenant d'autres champs psychothérapeutiques : psychanalytique (relation d'objet, psychologie du self...), gestalt-thérapie, attachement... Elle a été mise en place récemment par Jeffrey Young, et concerne des patients avec des troubles de l'humeur (dépression chronique) ou certains troubles de la personnalité (borderline, trouble antisocial...). Elle postule que les patients suivent certains modes, qu'il est possible d'identifier puis de réguler si nécessaire.

Ces modes sont en fait issus de schémas précocement intégrés, donnant lieu à un style relationnel singulier, dont l'individu fait usage pour régler notamment des situations de conflits. Ces modes se complexifient avec tout au long de la vie, imprégnant l'ensemble de la personnalité.

Young a développé dix-huit schémas possibles classés par domaines :

- domaine de séparation et rejet : abandon/instabilité, méfiance/abus, manque affectif, imperfection/honte, isolement social ;
- domaine de manque d'autonomie et de performance : dépendance/incompétence, peur du danger ou de la maladie, fusionnement/Personnalité atrophiée, échec ;
- domaine du manque de limites : droits personnels exagérés/grandeur, contrôle de soi/autodiscipline insuffisants ;
- domaine d'orientation vers les autres : assujettissement, abnégation, recherche d'appropriation et de reconnaissance ;
- domaine de surveillance et d'inhibition : négativité/pessimisme, sur-contrôle émotionnel, idéaux exigeants/critique excessive, punition.

À chaque schéma correspond un ensemble de traits psychologiques, et des modalités de prise en charge spécifiques. Le thérapeute doit aider le patient à identifier ses schémas (particulièrement les schémas précoces inadaptés), leurs origines, et à moduler les schémas devenus inadaptés ou trop rigides. L'approche est à la fois psychopédagogique et psychothérapeutique ; une surveillance particulière est faite de la relation en entretien et des propres schémas du thérapeute qui pourrait influencer cette relation.

6. La théorie de l'attachement

Cette théorie fait des liens affectifs et de leur nature un élément essentiel à la vie humaine, voire dans certains cas, à sa survie. John Bowlby (1907-1990), pionnier de cette approche, fait de l'attachement à la figure maternelle la base de sécurité permettant à l'enfant d'explorer son environnement. Le pre-

mier lien intériorisé, il servirait de base aux relations intimes et sociales à venir. Cette théorie fait notamment suite à des apports psychanalytiques (dont Winnicott), mais aussi d'éthologues dont Karl Lorenz et Harry Harlow.

Ainsworth, à la suite de Bowlby, identifia trois modèles d'attachement (sécure, anxieux-ambivalent, anxieux-évitant) ; d'autres ayant été ajoutés par la suite.

On considère dans cette approche que les *patterns* d'attachement sont relativement stables dans le temps, et peuvent intervenir dans la psychopathologie (problèmes de socialisation, troubles du comportement, etc.).

Bien que cette théorie n'ait pas encore donné lieu à des modalités psychothérapeutiques structurées pour l'instant, il s'agit d'une voie clinique en pleine expansion. En attendant que ces modalités apparaissent, de plus en plus de thérapeutes et de chercheurs font appel à ce champ de connaissance.

Focus

La « basse-cour » de l'attachement

John Bowlby, initialement psychanalyste, s'est en partie inspiré d'expériences en éthologie pour mûrir sa théorie. Nous en présentons deux ici. Pour autant, il est important de noter que Bowlby n'a pas transposé de façon analogique les conclusions de l'animal à l'homme, mais s'est nourrie de ces conclusions.

Le singe de Harlow : cet expérimentateur a isolé un bébé macaque rhésus de sa mère, pour le mettre dans une cage où se trouvaient deux substituts. L'un était en grillage et fournissait du lait, l'autre était recouvert de tissu et contenait une source de chaleur. Le bébé macaque préférait se blottir contre le substitut maternel « tissu », n'allant vers le substitut « grillage » que pour s'alimenter. Ceci détruisait l'idée que la fonction alimentaire était la fonction primordiale des premiers temps de la vie.

Les oies de Lorenz : cet auteur montre que des poussins peuvent s'attacher au premier objet mobile qu'ils voient à la naissance (un homme, un ballon rouge...) et le suivre comme si c'était leur mère, même si cette dernière est à proximité. Ceci met en évidence ce que Lorenz appelle l'empreinte psychologique. Pour la petite histoire, ce principe d'imprégnation à la naissance est illustré avec des dinosaures dans le film *Jurassic Park*, du réalisateur Steven Spielberg !



Harry Harlow et son singe artificiel.

Focus

Une nouvelle thérapie des traumatismes : *l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)*

Francine Shapiro a découvert inopinément en 1987 que des mouvements oculaires apaisaient ses pensées perturbantes. Chercheuse à Palo Alto, elle a creusé scientifiquement la question jusqu'à développer une psychothérapie aujourd'hui empiriquement validée et donc reconnue dans le traitement de l'état de stress post-traumatique.

L'approche est assez intégrative. F. Shapiro s'appuie sur les modèles neurologiques du trauma, qui expliquent que lors d'un événement traumatique, le cerveau ne peut traiter les informations de manière adaptative, comme il le fait habituellement. L'information traumatique reste « bloquée », non intégrée aux souvenirs biographiques et génère alors des manifestations symptomatiques (flash-backs, cauchemars...). Elle propose alors une méthode très « protocolisée », qui va relancer le processus inné d'auto-guérison du cerveau, pour que l'information s'intègre comme un souvenir du passé et ne reste plus active « dans le présent » sous forme de souffrance, de symptômes. Nous ne pouvons détailler ici l'ensemble de la procédure, mais une fois le patient sécurisé, avec des ressources de gestion émotionnelle suffisantes, les souvenirs « pathogènes » sont retraités en séances de thérapie, en les convoquant et en effectuant des stimulations bilatérales alternées, le plus souvent des mouvements oculaires rapides, jusqu'à ce que la personne se sente apaisée.

Cette thérapie, pourtant efficace, reste sujette à controverse. Si la preuve empirique de son efficacité dans le traitement des traumatismes est faite, l'élucidation des mécanismes d'action n'est pas encore suffisante (plusieurs hypothèses sont actuellement testées). Il est compréhensible que ces « mouvements oculaires qui guérissent » puissent laisser certains assez dubitatifs... Pourtant, la recherche se poursuit, de même que les applications de cette thérapie à différents types de troubles, pas uniquement l'ESPT (phobie, dépression...) et donnent des résultats convaincants. Par ailleurs, la formation des thérapeutes à cette méthode est très rigoureuse.

V. LA QUESTION DE L'ÉVALUATION

1. Pourquoi évaluer ?

Un intérêt fondamental


En quoi la question de
l'évaluation est-elle
fondamentale ?

Les thérapies de soutien, comme les psychothérapies, proposent une aide à une personne en difficulté et bien souvent en souffrance. Il paraît donc légitime, mais aussi éthique, de s'assurer que l'aide proposée est adaptée, mais aussi, par l'évaluation, de mieux connaître les outils employés, leurs aspects positifs ou négatifs dans une situation donnée ou pour un patient donné.

Il est important de souligner d'emblée que parler de l'évaluation ne veut pas dire forcément que ce qui est évalué est l'efficacité globale d'une approche par rapport à un trouble donné ou une autre forme de prise en charge. Évaluer un dispositif thérapeutique peut également consister (de

façon peut-être moins réductrice) à évaluer *ses effets* (sur telle ou telle dimension de la personnalité, sur les remaniements psychiques qu'elle a favorisés, sur ce qu'elle implique dans la relation à l'autre, etc.). Il est donc important de disposer d'outils adaptés permettant de réaliser cela, point sur lequel nous reviendrons.

L'autre intérêt est *scientifique* : l'évaluation permet ainsi de mieux comprendre les processus psychothérapeutiques sur un plan général (les dénominateurs communs), mais aussi sur un plan particulier (pour telle ou telle approche). Ceci permet de faire évoluer non seulement la méthode considérée, mais aussi bien souvent les données cliniques et psychopathologiques sous-jacentes. De façon transitive, de nouvelles conceptions théoriques peuvent venir remanier les dispositifs de prise en charge habituels, il est alors important d'évaluer leur pertinence dans ce nouveau champ.

Le troisième intérêt majeur est *professionnel* : l'évaluation des pratiques participe à une certaine reconnaissance du sérieux des approches « psy » qui peuvent s'en prévaloir. Reconnaissance auprès du public, mais aussi des organismes de tutelle (pouvoirs publics, sociétés savantes, etc.).

Problèmes méthodologiques

Les premières évaluations ont été menées à partir d'études de cas, ou d'analyse de petits groupes, et datent des premières prises en charge psychothérapeutiques. Par la suite, sans abandonner ces types d'évaluations qui restent valides lorsque les outils sont adaptés, les méthodes se sont tournées vers des évaluations à plus grande échelle, et parfois systématiques.

Les outils d'évaluation se sont également enrichis : entretien, tests et échelles de plus en plus complexes et précis, parfois relevés neuroscientifiques, voire biologiques.

Pour autant, le monde de l'évaluation est en perpétuelle interrogation (voire remis en question) sur les outils employés : sont-ils réellement adaptés ? Sont-ils exhaustifs ? Peut-on comparer des dispositifs différents si les outils sont communs ? Etc. Des questionnements légitimes, car mesurer des processus humains, dont certains naissent dans la subjectivité qui plus est, constitue une entreprise fort difficile. Il ne s'agit pas ici de vérifier qu'un corps étranger a bien été ôté d'un organisme, ou qu'un virus n'est plus décelable dans le sang des patients...

Khadija Chahraoui et Hervé Bénony (2003) proposent de considérer cinq difficultés importantes qui se posent quant aux recherches menées sur les effets des psychothérapies :

- *difficultés liées aux croyances du thérapeute* : s'interroger sur ses pratiques et en évaluer les effets revient, pour le clinicien, à accepter de remettre en cause ses croyances professionnelles et ses techniques. Une démarche qui n'est pas toujours simple, notamment du fait que certaines approches sont idéalisées par leurs détenteurs ;

Www.

Site de la Haute Autorité de santé, dont l'un des objectifs est de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé. Elle suit aussi des objectifs d'évaluation, d'amélioration, de veille et d'informations autour des pratiques en lien avec la santé : <http://www.hassante.fr> ».



endostock - Fotolia.com

Une évaluation des effets thérapeutiques se passe au sein d'un dispositif précis.

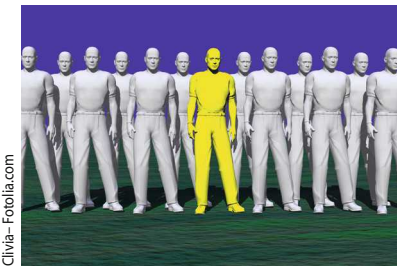
Focus Situation en France

Article de méta-analyse : article qui recense toutes les publications sur un thème donné et sur une période définie. Les critères de scientificités sont analysés pour ne retenir que les articles les « plus fiables ». Ainsi, l'article de méta-analyse relève les conclusions prouvées scientifiquement par ces articles recensés.

Les recherches portant sur l'évaluation des psychothérapies ont pris leur essor depuis une vingtaine d'années, avec notamment les travaux de Guérin et de Dazord. Pour autant, deux préjugés très « franco-français » sont à relever, car reviennent souvent dans les débats publics, voire entre praticiens et chercheurs.

Le premier est celui affirmant la supériorité de certaines formes de psychothérapies par rapport à d'autres, notamment concernant la notion d'efficacité. En fait, lorsque l'on regarde attentivement les méta-analyses scientifiques, on se rend compte que toutes concluent à l'équivalence des psychothérapies (du moins, les « sérieuses » !) (voir notamment les travaux de Bergin et Garfield).

Le second préjugé serait que la psychanalyse ne pourrait être l'objet d'une évaluation scientifique stricte, à l'image des autres formes de prise en charge. Là aussi, il s'agit d'une idée reçue qu'infirment les très nombreuses recherches internationales sur l'effet et l'efficacité des prises en charge psychanalytiques. Recherches d'ailleurs menées y compris par l'Association psychanalytique internationale ou en collaboration avec elle (voir notamment les travaux de Leuzinger-Bohleber). Des méthodologies à la fois adaptées au champ psychanalytique et scientifiquement valides existent depuis plusieurs années, menant des études à long terme pour se « plier » au temps des cures, et portent sur plusieurs centaines de patients. Et bien évidemment des méta-analyses existent sur le sujet (voir notamment les travaux de Leichsenring) qui montrent que ce courant n'a pas à rougir de ses effets comparativement à d'autres...



La question de la généralisation de conclusion est parfois problématique.

● *difficultés liées à la généralisation des résultats* : par nature, la plupart des évaluations se font dans un cadre expérimental, c'est-à-dire dans une situation où l'on modifie le cadre naturel de la rencontre entre le praticien et son patient, voire qui impose de faire intervenir un autre professionnel que le thérapeute. La question est donc de savoir si les dispositifs d'évaluation, même supposés peu présents (enregistrement des séances avec auto-questionnaire, par exemple) ne modifient pas le contenu des processus thérapeutiques en cours. C'est toute la question de la généralisation des conclusions qui se posent alors ;

● *difficultés à mesurer et à évaluer la complexité des phénomènes intersubjectifs* : le nombre de facteurs qui influence les résultats relevés est considérable : facteurs individuels au patient et au thérapeute (personnalité, croyances, état au moment des mesures...), facteurs relationnels (nature, polarité, modalité d'expression...), facteurs expérimentaux (biais de désirabilité ou autre). Cette complexité empêche une véritable exhaustivité et donc pose la question de la pertinence de tel ou tel critère retenu par rapport à ce qui est recherché. Par ailleurs, certaines variables sont difficilement quantifiables, ou ne peuvent écarter une part de subjectivité (par exemple, la simple question : « depuis un an que le suivi s'est arrêté, diriez-vous que vous vous sentez moins anxieux au quotidien ? » est-elle fiable ?). Une des solutions est sans doute d'allier mesures objectives et subjectives, études contrôlées et études de cas afin de mieux comprendre les éléments significatifs et explicatifs du processus thérapeutique considéré ;

● *difficultés à définir les critères liés aux résultats thérapeutiques* : outre la question de l'évolution naturelle d'un trouble (qu'il est bien difficile à évaluer...), la question est de savoir si par exemple évaluer la disparition d'un

trouble suffit pour affirmer l'amélioration de la situation du patient. Des notions de qualité de vie subjective sont notamment à prendre en compte ;

● *difficultés liées aux problèmes éthiques* : elles sont en fait souvent en lien avec la présence dans une étude d'un groupe contrôle (qui ne bénéficie pas du dispositif thérapeutique étudié ni d'aucun, afin, par contraste, d'évaluer les effets du dispositif sur le groupe qui en profite. Les deux groupes étant étalonnés et donc jugés similaires : même pathologie, sex-ratio équivalent, etc.). Peut-on laisser en souffrance un groupe de personnes donné simplement pour le bien de la recherche ? Cette question éthique (commune avec les études en médecine) explique en partie qu'en psychologie clinique, le groupe contrôle est peu utilisé lorsqu'il s'agit de rendre compte de l'effet d'un dispositif sur des personnes en souffrance. Lorsque possible, d'autres voies sont privilégiées.

Enfin, précisons que l'on n'est pas dans un cadre d'étude où l'on teste une molécule sur un organisme. Autrement dit, les techniques employées font intervenir un autre être humain que le patient, à savoir le thérapeute. Il est donc difficile d'isoler une technique d'un certain contexte professionnel, incluant le praticien. *Le fait clinique est un fait complexe*, mais la difficulté d'évaluation ne doit pourtant pas empêcher qu'elle ait lieu, pour les raisons que nous avons avancées dans la partie précédente.



JPC-PROD - Fotolia.com

2. Que peut-on évaluer ?

Se poser les bonnes questions

La première zone de recherche concerne l'efficacité des psychothérapies (approche par approche). La synthèse des études internationales faites sur le sujet montre que, quelle que soit la modalité de prise en charge psychothérapeutique considérée, l'efficacité d'une psychothérapie se situe entre 70 % et 80 % des cas. Environ 20 % des patients ne relèvent pas d'amélioration, et environ 10 % ont une aggravation de leur situation (un chiffre statistiquement faible, mais qui reste humainement important).

Bien sûr, précisons immédiatement que parler d'efficacité n'est pas parler d'effets, et que toutes les psychothérapies ne mobilisent pas les mêmes choses chez les patients. De même, nous nous situons dans le champ où la psychothérapie considérée était *a priori* une bonne indication pour les patients de ces études.

Focus Orientation des patients

Il est important de rappeler que le fait de dire que les psychothérapies sont équivalentes en termes d'efficacité ne veut pas pour autant dire qu'elles sont équivalentes en soi. Les effets qu'elles produisent, les dimensions sur lesquelles elles jouent, ne sont pas superposables, et il est de plus en plus évident que le choix d'orientation vers telle ou telle modalité de suivi dépend pour une part non négligeable de la personnalité du patient. À cela doit s'ajouter la notion de désir du patient, et plus prosaïquement, ce que le thérapeute ou une structure est en mesure de proposer. Freud le premier s'interrogeait de façon très lucide sur les patients pouvant ou non bénéficier de la psychanalyse, en fonction de données liées non seulement à la structure de personnalité mais aussi à la question des demandes.

Il est donc important de noter que la question des orientations est une question fondamentale, qui participe d'ailleurs à l'évaluation qu'un psychologue clinicien doit faire auprès de son patient.

Mais au-delà de ces chiffres généraux, il est très difficile de comparer des résultats issus de champs psychothérapeutiques différents. Cela pose des questions épistémologiques et méthodologiques importantes. En 2004, un rapport de l'INSERM a fait grand bruit. En effet, il comportait des biais méthodologiques très importants qui rendaient complètement caduques les conclusions apportées. Principalement, le hiatus venait du fait que des critères permettant d'évaluer les thérapies cognitivo-comportementales étaient exportés sans aménagements à deux autres approches : psychanalytique et thérapie familiale. Fort logiquement, à partir de revues de la littérature répondant auxdits critères, le rapport intitulé *Psychothérapies : trois approches évaluées* montrait donc la supériorité des TCC sur les deux autres approches...

Il est clair que les psychothérapies ne peuvent être comparées entre elles de façon simple, notamment car les méthodes employées sont souvent fort différentes et les dispositifs sont variables d'une approche à l'autre et parfois au sein d'une même approche. Cela est cependant possible, mais au prix d'une méthodologie rigoureuse et complexe (cf. Fouques, 2004). Par contre, il est possible de s'intéresser aux *facteurs communs de changement*.

Facteurs communs de changement

La question est ici de savoir si des processus de changement sont communs aux différentes approches, et si oui, si certains de ces facteurs sont prédictifs du succès thérapeutique.

On peut dans un premier temps noter que sur l'ensemble des variables psychologiques qui interviennent dans le processus thérapeutique :

- 65 % relèvent du patient (degré d'engagement initial, capacité d'insight...);
- 25 % relèvent du thérapeute (qualités personnelles – intégrité psychique, maturité... –, qualités professionnelles – capacité d'expertise, pédagogiques...);
- et seulement 10 % relèvent de la technique thérapeutique elle-même.

De façon transversale, il est à noter que certains troubles sont de meilleurs pronostics (aiguës, anxiété...) que d'autres (troubles importants de la personnalité, schizophrénie, etc.). Mais surtout, il est important de noter que la qualité de *l'alliance thérapeutique* est un fait majeur lorsque l'on évalue l'efficacité et les effets d'une psychothérapie.

Cette alliance thérapeutique est par ailleurs le prédicteur le plus important, le plus robuste et le plus stable de l'efficacité d'un suivi thérapeutique. Il concerne à la fois une dimension proche de l'empathie éprouvée et ressentie, et une dimension de collaboration durant le suivi et d'ajustement réciproque à l'autre et aux objectifs mutuellement définis.

Alliance thérapeutique :
ensemble des aspects
relationnels qui
interviennent dans la
collaboration entre un
patient et son thérapeute.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



À quoi renvoie la notion d'appareil psychique ? 112

L'appareil psychique désigne la modélisation qui permet de saisir, dans l'approche psychanalytique, la dynamique de l'esprit humain. Laplanche et Pontalis dans le *Vocabulaire de la psychanalyse* en donnent la définition suivante : « terme qui souligne certains caractères que la théorie freudienne attribue au psychisme : sa capacité de transmettre et de transformer une énergie déterminée et sa différenciation en systèmes ou instances ».

L'appareil psychique renvoie principalement à la théorie des pulsions et à la notion de topiques (conscient, préconscient, inconscient ; surmoi, moi, ça).



De quelle discipline s'inspire l'approche TCC ? 115

Les TCC s'inspirent de l'approche comportementaliste, de l'approche cognitive et plus récemment, bénéficient de certains apports de la psychologie de la santé.



Qu'est-ce que la double contrainte en systémie ? 120

« Double contrainte » est la traduction du terme *double bind* (littéralement : « double lien »). C'est une notion développée par Gregory Bateson et le premier groupe de l'école de Palo Alto (voir l'article « Vers une théorie de la schizophrénie » de G. Bateson, D. D. Jackson, J. Haley et J. H. Weakland, in *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Le Seuil, 1980. Originellement publié dans le volume I, n° 4 de *Behavioral Science*, en 1956). Il s'agit d'une transaction paradoxale et pathogène entre personnes d'un même système. Les messages paradoxaux qui constituent cette forme de transaction ne peuvent être perçus directement et clairement :

- parce qu'ils sont de niveaux différents ;
- parce qu'ils se présentent de façon déguisée ;
- ou parce qu'ils sont déniés (par les membres du système).

Enfin, le sujet ne peut exercer son sens critique et commenter les absurdités des paradoxes en jeu (ou en tout cas, les commenter de façon efficace pour son évolution personnelle ou la salubrité du système).



En quoi la question de l'évaluation est-elle fondamentale ? 129

Évaluer les pratiques thérapeutiques de soutien et psychothérapeutiques obéit à des exigences :

- éthiques : s'assurer que l'aide proposée est adaptée et mieux connaître les outils employés, leurs aspects positifs ou négatifs dans une situation donnée ou pour un patient donné ;
- scientifiques : l'évaluation permet ainsi de mieux comprendre les processus psychothérapeutiques sur un plan général (les dénominateurs communs), mais aussi sur un plan particulier (pour telle ou telle approche). Ceci permet de faire évoluer non seulement la méthode considérée, mais aussi bien souvent les données cliniques et psychopathologiques sous-jacentes. De façon transitive, de nouvelles conceptions théoriques peuvent venir remanier les dispositifs de prise en charge habituels, il est alors important d'évaluer leur pertinence dans ce nouveau champ ;
- professionnelles : l'évaluation des pratiques participe à la reconnaissance du sérieux des approches « psy » qui peuvent s'en prévaloir. Reconnaissance auprès du public, mais aussi des organismes de tutelle.

Lectures conseillées

Pour commencer

APPIGNANESI R. (texte), ZARATE O. (illustrations) (2006). *Freud*, Paris, Rivages poche.
CARROY J. (dir.) (2000). *Les Psychothérapies dans leurs histoires*, Paris, L'Harmattan, coll. « Psychologie clinique », nouvelle série, n° 9.
CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2019). *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod, 3^e édition.
MORO M.R., LACHAL C. (2012). *Les Psychothérapies*, Paris, Armand Colin, 2^e édition.

Pour aller plus loin

ALBERNHE K., ALBERNHE T. (2004). *Les Thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2^e édition.
BIOY A. (2015). *L'hypnose*, Paris, Marabout.
BOURDIN D. (2000). *La Psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Paris, Bréal.
COTTRAUX J. (2004). *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.
COTTRAUX J. (2014). *Thérapie cognitive et émotion : la « 3^e vague »*, Paris, Masson, 2^e édition.

DOUCET P., REID W. (dir.) (1998). *La Psychothérapie psychanalytique*, Paris, Gaëtan Morin.

MONESTES J.L., VILLATTE M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement ACT*, Paris, Masson.

SHAPIRO F. (2014). *Dépasser le passé. Se libérer des souvenirs traumatisants avec l'EMDR*, Paris, Le Seuil.

YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR E. (2005). *La Thérapie des schémas*, Bruxelles, de Boeck.

Et aussi...

LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 2007 (pour l'édition « dico poche »).

Webographie

Www. ACTUALITÉS DE LA PSYCHANALYSE

Lieu d'information et d'échange, ce site est l'un des plus vivants en psychanalyse sur la toile française.
<http://www.oedipe.org>

Www. ACTUALITÉ DE L'HYPNOSE

Site regroupant une présentation de l'hypnose, ses lieux de formation, des ressources bibliographiques, etc.
<http://ipnosia.fr>

Www. ÉVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES

Un site essentiel sur les questions de l'évaluation dans le champ psychanalytique. Accès à

différentes bases de données, une veille d'articles, des notes et commentaires, etc.

<http://www.techniques-psychotherapiques.org>

Www. ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (AFTCC)

Elle a fêté ses 40 ans fin 2011. Cette association propose des informations diverses sur les TCC : liste de thérapeutes, formations, congrès, bibliographies...
<http://aftcc.org>

Www. SUR L'EMDR

Un site sérieux qui explique les principes de cette thérapie et propose un annuaire de thérapeutes dûment formés.
www.emdr-france.org

Www. SUR L'ACT

Un site francophone très complet sur l'ACT et son actualité, des résumés des recherches récentes.
www.flexibilitepsychologique.fr

Www. SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Un site de référence sur l'utilisation scientifique de la mindfulness. La prudence est de mise : ces méthodes rencontrant un succès croissant, beaucoup de personnes peu scrupuleuses proposent des « ateliers de méditation » dont il faut se méfier, d'où la nécessité de se référer à des organismes officiels, et à des thérapeutes formés et compétents. Vous trouverez les informations sérieuses sur ce site.
www.association-mindfulness.org

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

En psychanalyse

1. Le « ça » représente :
 - ☐ l'ensemble des éléments refoulés dans l'inconscient.
 - ☐ la partie du psychisme où résident les pulsions.
 - ☐ ce qui s'oppose au préconscient.
2. Le « moi » est :
 - ☐ la seule instance en lien avec la réalité.
 - ☐ régi par le seul principe de réalité.
 - ☐ le siège du « surmoi ».
3. Freud défend l'idée que :
 - ☐ le libre arbitre doit être la finalité des cures psychanalytiques.
 - ☐ quoi qu'il en soit, le sujet sera toujours soumis à des processus inconscients.
 - ☐ le patient doit se libérer de ses pulsions.
4. Le complexe d'Œdipe est une :
 - ☐ métaphore explicative.
 - ☐ réalité en Occident.
 - ☐ une réalité quelle que soit la civilisation considérée.
5. Les mécanismes de défense ont pour siège :
 - ☐ le moi.
 - ☐ le principe de réalité.
 - ☐ l'inconscient.
6. L'association libre :
 - ☐ a un lien avec les perversions sexuelles.
 - ☐ est la base de l'alliance thérapeutique en psychanalyse.
 - ☐ est la consigne fondamentale des suivis psychanalytiques.
7. L'ensemble des théories psychanalytiques se nomme :
 - ☐ métapsychologie.
 - ☐ perspective psychanalytique.
 - ☐ la neurotica.
8. Le transfert :
 - ☐ est un mécanisme de défense.
 - ☐ est le moteur des suivis psychanalytiques.
 - ☐ décrit le mécanisme sous-jacent à l'hystérie.

9. La libération de tensions en lien avec un affect désagréable se nomme :

- ☐ interprétation.
- ☐ abréaction.
- ☐ principe de plaisir.

10. La libido fait partie du point de vue :

- ☐ économique.
- ☐ dynamique.
- ☐ topique.

L'approche comportementale et cognitive

11. Dans le comportementalisme, le stimulus inconditionnel déclenche :

- ☐ une réponse réflexe, sans apprentissage préalable.
- ☐ une réponse devenue réflexe, après apprentissage.
- ☐ la pratique psychologique d'obédience analytique.

12. La « boîte noire » est une métaphore de :

- ☐ Pavlov.
- ☐ Watson.
- ☐ Skinner.

13. L'autre nom du conditionnement opérant est :

- ☐ conditionnement vicariant.
- ☐ conditionnement social.
- ☐ conditionnement instrumental.

14. Le modèle de Bandura :

- ☐ admet qu'un nouvel apprentissage peut être acquis en l'observant chez d'autres.
- ☐ met l'accent sur la boîte noire qui analyse les comportements observés.
- ☐ fait le lien avec des données psychanalytiques.

15. Une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme est un :

- ☐ schéma.
- ☐ réseau neuronal.
- ☐ réflexe.

16. La psychopathologie cognitive postule, pour les troubles mentaux, l'existence :

- ☐ de distorsions cognitives.
- ☐ de dérèglements au niveau des neurotransmetteurs centraux.
- ☐ de comportements adaptés, mais de cognitions dysfonctionnelles.

17. Quelle dimension n'est pas commune à toute psychothérapie TCC ?

- ☐ une mesure des changements.
- ☐ l'existence d'un contrat entre patient et praticien.
- ☐ la technique d'exposition.

18. L'analyse fonctionnelle du symptôme :

- ☐ est un travail demandé au patient en début de suivi.
- ☐ peut être fait selon différents modèles.
- ☐ est l'analyse du symptôme selon les deux axes suivants : cognitif et comportemental.

19. L'histoire de vie du patient :

- ☐ est mise de côté, c'est une psychothérapie dans l'ici et maintenant.
- ☐ est prise en compte.
- ☐ est parfois prise en compte, lorsque le patient souhaite en parler.

20. Le symptôme en TCC :

- ☐ justifie la poursuite du suivi jusqu'à sa disparition.
- ☐ est déplacé.
- ☐ est « l'étalon » des suivis.

Les autres approches

21. En thérapie systémique, la double contrainte :

- ☐ désigne le dispositif à deux thérapeutes.
- ☐ est une forme de messages paradoxaux subis.
- ☐ désigne la situation des enfants de parents divorcés.

22. En thérapie systémique, l'école de Palo Alto :

- ☐ est l'établissement où Bateson a suivi sa scolarité.
- ☐ est un lieu de recherches sur la communication et la systémie.
- ☐ est le nom d'une métaphore thérapeutique type.

23. En thérapie systémique, le système où vit le patient :

- ☐ est en situation de déséquilibre.
- ☐ est en situation d'hétérostasie.
- ☐ est en situation d'homéostasie.

24. En thérapie phénoménologique, ce qui est souligné est :

- ☐ l'expérience humaine.
- ☐ les processus inconscients groupaux.
- ☐ la nature des actes.

25. En hypnothérapie, il faut que le patient soit :

- ☐ relaxé et détendu.
- ☐ suggestible.
- ☐ en état modifié de fonctionnement psychologique (psychique et mental).

26. En hypnothérapie, l'hypnose éricksonienne possède des liens avec :

- ☐ l'approche rogérienne, le comportementalisme, l'école de Palo Alto.
- ☐ la psychanalyse, la systémie, le comportementalisme.
- ☐ la phénoménologie, le cognitivisme, le rêve éveillé.

27. En gestalt-thérapie, le terme *gestalt* désigne :

- ☐ la psychologie des émotions.
- ☐ la psychologie de la forme.
- ☐ la psychologie du mouvement.

28. En gestalt-thérapie, l'objectif est notamment d'augmenter la capacité :

- ☐ d'adaptation du patient à des environnements différents.
- ☐ de réflexion du patient à des environnements différents.
- ☐ de permanence du patient à des environnements différents.

29. Dans les thérapies à médiation, on ne trouve pas de thérapie médiée par :

- ☐ un âne.
- ☐ un cheval.
- ☐ le funambulisme.

30. Dans la thérapie des schémas, les schémas précoces inadaptés :

- ☐ ne sont pas modifiables, il faut les substituer.
- ☐ sont modifiables, ils peuvent être modulés.
- ☐ sont des invariants sur lesquels la thérapie n'intervient pas.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : « Questions pour un champion ! »

1. J'ai proposé la théorie de l'apprentissage vicariant, je suis...
2. On me décrit comme l'opération qui permet d'augmenter l'occurrence d'un comportement donné, je suis...
3. On m'emploie comme synonyme de conditionnement classique, je suis...
4. Créateur du comportementalisme, j'ai popularisé la notion de « boîte noire », je suis...
5. Lent, conscient, requérant des efforts attentionnels, l'approche TCC s'appuie en partie sur moi, je suis...
6. Patient historique de Breuer, mon véritable nom est Bertha Pappenheim, je suis...
7. Je constitue le trio de la première topique freudienne, je suis...
8. On me voit en psychanalyse comme une forme de retour du refoulé, et je motive une consultation chez le psy, je suis...
9. Aucun meuble n'est autant associé à une forme de psychothérapie que moi, je suis...
10. Objet d'étude de la psychanalyse, je suis aussi employé mais avec un sens différent dans l'approche cognitive, je suis...
11. À l'origine de l'école de Palo Alto, j'ai forgé la notion de « double contrainte », je suis...
12. Pour les autres membres de mon système, je porte un symptôme qui est censé n'être qu'individuel et isolé, je suis...
13. Terme qui désigne l'équilibre d'un système, je suis...
14. Psychiatre et philosophe, je propose de mettre l'expérience humaine comme objet d'étude, je suis...
15. Ancien psychanalyste lacanien, j'ai proposé le terme de « perceptude » pour désigner le champ de conscience élargit atteint notamment par hypnose, je suis...
16. Psychiatre qui a influencé les pratiques en hypnothérapie, mais aussi les théories de l'école de Palo Alto, je suis...
17. Courant de la psychologie sur lequel s'appuie la gestalt-thérapie, je suis...
18. Tentative de psychothérapie intégrative mise en place par Jeffrey Young, je suis...
19. Le titre du film d'Almodovar *Attache-moi !* aurait pu parler de ma théorie, je suis...
20. Prédicteur le plus robuste et stable de l'efficacité d'un suivi thérapeutique, je suis...

Exercice 2 : De quelle obédience suis-je ?

1. La phobie est la résultante d'une angoisse de castration, déplacée puis projetée à l'extérieur de la psyché.
2. Une phobie est un symptôme appris, maintenu par des renforcements négatifs.
3. Une phobie résulte d'une interprétation erronée d'une information, qui attribue à un objet inoffensif une signification de danger.
4. Une phobie est à considérer dans ce qu'elle empêche le patient d'agir dans le sens de ce qui compte pour lui.
5. Une phobie doit être envisagée aussi dans sa fonction de communication au sein d'un système dans lequel le patient évolue.



APPROCHE PSYCHANALYTIQUE DU DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF VERS L'ADOLESCENCE

La psychologie du développement est une discipline à part entière de la psychologie. Notre propos ici est de présenter les modèles développementaux issus de la psychanalyse car ils sont indispensables à la compréhension de la structuration de la personnalité selon cette approche. Nous soulignons cependant qu'il s'agit d'un modèle spéculatif faisant référence à des données inconscientes, donc non objectivables. Ce modèle est souvent critiqué et remis en cause en psychologie du développement.

Freud a abordé la question de la sexualité infantile, à partir de l'étude d'adultes. La sexualité est à entendre ici au sens large : tout ce qui procure une jouissance locale, basée sur l'excitation d'un organe (ce qui rejoint la théorie des pulsions). Il a en quelque sorte reconstruit les étapes du développement avec des notions clefs que sont la fixation et la régression.

Définitions

Relation d'objet

La relation d'objet décrit un mode particulier de satisfaction du but pulsionnel. Elle est fonction de la pulsion elle-même et de la nature de l'objet. Elle évolue avec le développement libidinal.

Anaclitique

Ce terme a été défini par René Spitz (dépression anaclitique), mais a également été utilisé par Freud, concernant sa théorie des pulsions. Anaclitique désigne un mouvement psychique marqué par le besoin, où un sujet cherche un étayage (à s'appuyer sur une relation d'objet donnée) pour combler ou éviter des carences affectives. Le terme « anaclitique » peut aussi désigner une sensibilité à la séparation.

Narcissisme

Ce terme désigne, dans sa conception princeps, une fixation de la libido sur le moi (narcissisme primaire) ou sur l'objet (narcissisme secondaire).

I. LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF SELON LA PSYCHANALYSE

1. La naissance



Le bébé est dépendant de sa mère.

À la naissance, le petit d'homme naît prématuré. En effet, à la différence de beaucoup d'autres espèces, l'essentiel de son développement est inachevé. La *dépendance* que cela induit à son environnement est telle et essentielle, qu'elle est le creuset de la construction progressive de son individuation, en tant que sujet, différencié d'autrui et sexué. Ce chemin, qui part d'une dépendance symbiotique à la mère vers l'autonomisation, constitue des étapes essentielles dans la vie de l'individu.

La psychanalyse considère qu'à la naissance, le bébé forme avec sa mère un « tout somato-psychique ». Freud dit que l'élément de départ à partir duquel va pouvoir progressivement se différencier la psyché de l'enfant est la *pulsion*. Les étapes qui vont scander ce développement ont été décrites par Freud et Abraham autour de deux notions essentielles :

- la pulsion ;
- les relations d'objets.

En effet, à mesure du développement, la pulsion et les relations d'objets se modifient : d'une non-différenciation d'avec sa mère, l'objet est d'abord partiel puis total. La pulsion, d'abord partielle, vient s'unifier autour de la génitalité. Tout ceci permettant la construction d'un objet

global, entier, sexué en résolvant les différents conflits issus de la dualité entre principe de plaisir et principe de réalité (en référence à la métapsychologie).

Les stades du développement libidinal selon Freud et Abraham



HeleneDevun - Fotolia.com

Des strates géologiques, métaphores des stades psychologiques.

Sans méconnaître les relations étroites entre le développement intellectuel et affectif, la psychanalyse livre surtout une description chronologique du développement psycho-affectif (appelée aussi stades de l'évolution libidinale de l'enfant). Chaque stade est défini en *référence* à un type de pulsion, d'une relation d'objet et de conflits. L'enchaînement entre chaque stade est progressif, chacun possédant une ou plusieurs problématiques à résoudre pour l'individu, comme autant d'acquisitions à faire. Cet enchaînement ne se fait pas non plus sans heurts, appelés fixations, qui sont des points de cristallisation associées à des problématiques précises et qui seront éventuellement des zones de régressions ultérieures.



Comment se définit un stade ?



Si la psychanalyse s'est intéressée au développement affectif, Jean Piaget (1896-1980), quant à lui, a décrit le développement cognitif ou intellectuel de l'enfant.

EXEMPLE

Le sevrage est un enjeu principal du premier stade (oral). Il s'agit du moment de l'introduction de l'alimentation à la cuillère. Mal vécu, ou vécu trop tardivement ou précocement, il peut donner lieu à des fixations qui seront l'occasion de régressions à ce stade dans certains troubles où la question du sevrage sera problématique, comme dans certaines addictions (alcoolisme, anorexie...).

Focus

Freud et la métaphore de l'armée : fixation et régression

Pour Freud, le développement est comparé à une progression militaire sur un territoire. Ceci permet de comprendre les notions de fixation et de régression.

Quand une armée conquiert un territoire, elle y laisse des troupes pour l'occuper tandis qu'elle continue à progresser. Cela décrit le phénomène de fixation. En fonction des liens entre pulsion et objet de satisfaction, quand celui-ci est fort, une partie de la pulsion y reste accrochée : c'est un point de fixation (dimension économique). Cela peut se produire, par exemple, par excès de satisfaction pulsionnelle (qui fait qu'il devient difficile d'y renoncer).

Puis lors de la progression militaire, si l'ennemi attaque (si l'on vit un traumatisme, un conflit, etc.) alors l'armée se replie vers ses territoires précédemment conquis (cela décrit le phénomène de régression). En effet, face à un conflit, la libido peut régresser à un point de fixation antérieur (ceci faisant l'économie du refoulement).

Les points de fixation impriment alors au psychisme ses traits de personnalité, du fait de la persistance des relations d'objets de ces différents stades (voir le chapitre sur les troubles de la personnalité).

II. LES STADES DE DÉVELOPPEMENT

1. Le stade oral

Quels sont les stades de développement et leurs données pulsionnelles ?

C'est le premier stade, qui s'étend de la naissance jusqu'à la fin de la première année (période du sevrage). La pulsion à l'œuvre est la pulsion orale. La tension qui s'exprime par la pulsion orale va être satisfaite par les activités de nourrissages (le fait d'être nourri, mais aussi de recevoir des soins de manière plus générale). La zone corporelle impliquée concerne tous les organes impliqués dans l'activité alimentaire (bouche, lèvres, jusqu'à l'estomac) mais aussi tous les organes des sens. C'est la notion d'ingurgitation qui marque ce stade, qu'elle soit au propre (ingurgiter des aliments), mais aussi au figuré (des informations sensorielles, sur son environnement).

L'objet de la pulsion est le sein maternel : comprenant aussi bien l'organe que les activités maternantes qui accompagne la tétée (paroles, gestes tendres, etc.).



Laurent Vicenzotti - Fotolia.com

La tétée ou la satisfaction de la pulsion orale.

Au plan de la relation d'objet à ce stade, l'enfant passe du *narcissisme primaire* (toute la libido se concentre sur lui) vers un début de relation dite *anacritique* (sur laquelle il va s'étayer) à un objet partiel (le « sein »). L'enfant n'est en effet pas encore différencié (absence de perception globale de son corps, et en particulier des limites corporelles) et l'objet n'est pas vécu comme un tout différent de lui. Malgré cela, l'objet commence à devenir total vers la fin du stade oral. En effet, la temporalité qui marque les moments de satisfaction pulsionnelle et les moments de frustration, permet de percevoir progressivement le sein comme un objet partiel, différent de l'enfant.

C'est à partir de l'expérience de la satisfaction de cette pulsion que la dynamique d'un psychisme va se constituer.

Abraham distingue deux sous-stades :

- le stade *oral primitif* : de 0 à 6 mois, où les activités de succion sont prédominantes, sans différenciation entre l'enfant et l'extérieur ;
- le stade *sadique oral* (ou oral tardif) : il se déroule sur la deuxième partie de la première année, où le désir de mordre marque les pulsions cannibaliques (destruction et incorporation du sein). Ce désir de mordre (agressivité) rencontre le désir de sucer (libido) et cette co-occurrence marque le début de l'ambivalence, notion reprise par Melanie Klein.



Melanie Klein (1882-1960)

Focus

L'apport de Melanie Klein

Melanie Klein (1882-1960), psychanalyste, s'est particulièrement intéressée au développement de l'enfant. Elle fut la première à proposer des suivis d'enfant sur le même mode que les suivis d'adultes, avec cependant quelques aménagements théorico-cliniques (mise en parallèle des associations libres de l'adulte et l'évolution dans le jeu des enfants, par exemple).

L'apport de Melanie Klein à l'étude du développement psycho-affectif s'inscrit dans la continuité des travaux d'Abraham (qui l'avait analysée, à la suite de Ferenczi). Nous ne développerons pas l'ensemble de sa théorie, mais décrirons sa compréhension des enjeux de l'accession à l'objet total.

Jusqu'à l'âge de 8 mois, la différenciation entre le soi et l'autre commence. L'apparition d'objet partiel (sein) en est une étape. Pour Klein, il existe deux objets distincts et clivés :

- le bon sein : celui dont le bébé fait l'expérience quand il le nourrit, prend soin ;
- le mauvais sein : celui qui ne répond pas à la tension pulsionnelle, qui frustrer.

Ces deux objets sont totalement clivés, le bon reçoit la libido (l'amour de l'enfant) le mauvais, l'agressivité. Klein nomme cette étape schizo-paranoïde. *Schizo* (du grec signifiant « coupé », traduisant le clivage, la coupure entre bon sein et mauvais sein) et *paranoïde* car l'enfant est persécuté par le mauvais sein, auquel il adresse ses pulsions sadiques orales (destruction, morsure). À 8 mois, l'objet devient total, bon sein et mauvais sein s'unissent donc en un seul et même objet. Cette disparition du clivage cède le pas à l'ambivalence (amour et haine coexistent envers le même objet). L'association de haine sur l'objet d'amour est dépressiogène : d'où le nom de position dépressive, marquée en effet par l'accès précoce à l'ambivalence.

2. Le stade anal

Il s'étend sur la deuxième année de la vie de l'enfant. Si durant le stade oral, c'était le remplissage qui focalisait l'énergie pulsionnelle, au stade anal, la préoccupation va maintenant concerner le devenir que ce qui a été incorporé. Le développement physiologique par ailleurs, en permettant le contrôle sphinctérien (qui marque l'entrée dans ce stade), va permettre à l'enfant d'éprouver un certain contrôle sur le devenir des ingestsats, une certaine maîtrise (garder *versus* expulser).

La zone pulsionnelle concerne donc ici le système excrétoire (sphincters, anus, rectum). L'objet de la pulsion est le boudin fécal.

Abraham différencie ici aussi deux sous-stades :

- le stade *sadique anal* : le plaisir est lié à l'expulsion des matières fécales (détruite) ;
- le stade de *rétenion* : le plaisir est obtenu en retenant les matières fécales. C'est notamment une possibilité de l'enfant d'exercer un contrôle (via une opposition) sur son environnement.

Le contrôle ou l'absence de contrôle que l'enfant exerce sur ses matières fécales a en général un impact sur l'environnement, et l'enfant progresse donc dans la différenciation de son individualité, via l'expérience d'un contrôle qu'il peut avoir sur son environnement.



Un enfant sur le pot.

Sobretton - Fotolia.com

Certains parents valorisent considérablement le « pot » : qui n'a pas vu un parent s'extasiant devant le fait que son enfant a fait un beau caca ! L'enfant ainsi comprend les enjeux de ses comportements excrétoires. Il peut faire plaisir ou frustrer !

À ce stade, l'enfant perçoit l'objet total et, en fonction des pôles expulsion/rétention, les relations d'objets se structurent sur ces modalités : la satisfaction érotique liée à la rétention/expulsion s'associe tantôt à la passivité, la soumission, tandis que le plaisir lié à l'expulsion renvoie à la maîtrise agressive, au contrôle.



Kreger - Fotolia.com

La perception de la différence des sexes, toujours objet de curiosité pour les enfants.

3. Le stade phallique et le complexe d'Œdipe

C'est à partir de 3 ans et jusqu'à 4 ans que la source pulsionnelle se dirige vers les organes génitaux. Son objet est perçu comme étant le pénis (pour le garçon comme pour la fille). Ceci a d'ailleurs valu à Freud quelques critiques relatives au phallocentrisme de ces théories... La satisfaction de la tension urétrale est obtenue alors par la masturbation, et la rétention ou la miction d'urine. À ce stade, la différenciation des sexes est perçue. L'organe pénis prend une dimension symbolique (on parle alors de *phallus* : attribution de pouvoir, puissance).

Cette perception de la différence des sexes s'accompagne de la curiosité sexuelle et des fantasmes de scène primitive (scénario imaginaire de l'acte sexuel qui a permis la conception). Sur cette perception de présence/absence de pénis, apparaît l'angoisse de castration ou le complexe de castration qui marque le complexe d'Œdipe. C'est pourquoi, au plan temporel, il est parfois difficile de différencier le stade phallique du complexe d'Œdipe.

Focus Le mythe d'Œdipe

Laïos, roi de Thèbes, a été puni pour avoir séduit et enlevé le fils de son ami Pélops. L'oracle lui formule la sentence : son fils le tuera et épousera sa mère. Laïos tente d'échapper à son destin, mais ne pouvant se résigner à tuer de ses mains son propre enfant à peine né, il lui perce les pieds pour qu'il soit cloué sur le mont Cithéron et abandonné là. Le serviteur ne s'acquitte cependant pas de sa tâche et confie le nouveau-né à un berger de Corinthe, qui lui-même le remet à son roi, qui désespérerait d'avoir un héritier. Les souverains de Corinthe nomment l'enfant Œdipe (« pieds enflés ») en raison de la déformation de ses pieds causée par la blessure infligée à la naissance. Ils élèvent Œdipe comme leur propre fils, jusqu'au jour où un étranger lui apprend qu'il est un enfant trouvé. Afin de connaître la vérité sur cette histoire, Œdipe se rend à Delphes pour y rencontrer l'oracle (Pythie), mais n'obtient pour seule réponse que la sentence initiale : tu tueras ton père et épouseras ta mère. Pour épargner ceux qu'il considère comme ses parents géniteurs, Œdipe ne retourne pas à Corinthe et sa route l'emmène vers Thèbes. Il croise un vieillard sur un char, une rixe s'engage et il tue ainsi Laïos, qui se promenait déguisé comme il le faisait

« Œdipe et le Sphinx » (Gustave Moreau, 1864, Metropolitan Museum of Art, New York).





souvent. Arrivé à Thèbes, il découvre une ville terrorisée par le Sphinx (lion à tête de femme), qui dévore tous ceux qui ne peuvent pas répondre à son énigme : « Quel est l'animal qui le matin marche sur quatre pieds, à midi sur deux et le soir sur trois ? » Œdipe trouve la réponse (l'Homme qui avance à « quatre pattes » bébé, sur deux adultes et à l'aide d'une canne, vieillard), et le Sphinx se suicide. En récompense, il accepte la main de la reine veuve, Jocaste (qui n'est autre que sa propre mère), et devient roi de Thèbes. Ils vivent heureux, ont quatre enfants, jusqu'à ce que le pays soit ravagé par la peste. L'oracle en donne l'explication : tant que le meurtre de Laïos ne sera pas puni, le fléau poursuivra son œuvre. Œdipe finit par apprendre la vérité par le serviteur chargé de l'abandonner quand il était enfant et qui avait par ailleurs été témoin du meurtre. Jocaste se suicide de désespoir, et Œdipe se crève les yeux puis abandonne son trône. Amené par sa fille Antigone en Attique, il rencontre Thésée qui lui permet de trouver le chemin de la rédemption. En remerciement, et parce qu'un Oracle avait prédit que l'endroit où il mourrait serait béni des Dieux, il finit ses jours à Colone, et non à Thèbes.



Relations œdippiennes.

Le complexe d'Œdipe s'étend de 3 à 6 ans. L'objet de la pulsion n'est plus partiel mais devient l'autre entier et sexué (un parent). Ce stade est marqué par un double mouvement :

- désir incestueux du parent de sexe opposé ;
- désir de mort du parent de même sexe (rival œdipien).

Www.

Une analyse du mythe :
http://www.regardconscient.net/archives/0104_oedipe.html

L'enjeu étant d'avoir une relation exclusive avec le parent de sexe opposé, dans un désir exclusif et possessif nécessitant la disparition du parent rival. Les modalités du conflit œdipien sont cependant différentes chez la fille et le garçon :

Chez les garçons, l'étayage libidinal s'est construit autour de la mère, qui va rester l'objet privilégié. Mais la perception d'une absence de pénis chez elle et la présence d'un pénis chez lui et chez son père génèrent une angoisse de castration : peur que le père, pour se venger du désir d'amour exclusif de la mère, ne le castré. Cette angoisse de castration permet alors au petit garçon de renoncer à l'amour exclusif de sa mère (pour ne pas perdre son pénis). S'engage alors le processus d'identification au père, qui lui permet de trouver d'autres objets d'amour. Les pulsions se subliment dans des activités socialement acceptables (compétition, plaisir aux apprentissages intellectuels...).

Chez la fille, le processus est plus complexe. En fait, son premier objet d'amour est aussi la mère. Mais la perception de l'absence de pénis chez celle-ci (*complexe de castration*) va opérer un glissement de l'investissement amoureux vers le père (détenteur du pénis). Elle s'attend alors à ce que celui-ci lui donne un « équivalent symbolique » du pénis : un enfant. D'où les désirs incestueux vers le père, et l'agressivité dirigée vers la mère. D'après ces théories, la résolution œdipienne est réputée plus difficile chez la petite fille que chez le garçon. En effet, la petite fille ne peut pas totalement désinvestir la mère en tant qu'objet d'amour, et les sentiments agressifs liés à la rivalité génèrent une culpabilité importante. La voie de sortie de l'œdipe est l'identification au parent de même sexe après renonciation au *désir incestueux*. Si bien que chez le garçon, l'angoisse de castration permet la résolution de l'œdipe, tandis que chez la fille le complexe de castration marque l'entrée dans l'œdipe, de ce fait plus difficilement résolutoire. Si l'agressivité à l'égard de l'image maternelle est trop forte, l'identification à celle-ci devient problématique.

Dans la réalité, les mouvements agressifs et libidinaux ne sont pas aussi nets. En effet, culpabilité et ambivalence font que père et mère sont tous deux objets de pulsions libidinales et agressives quel que soit le sexe de l'enfant. L'œdipe marque fondamentalement la construction de l'individu (entier, différent et sexué). De sa résolution vont naître le surmoi et l'idéal du moi. Mais Freud a aussi insisté sur son importance fondamentale en tant que structurant la société, établissant deux tabous : *l'interdit de l'inceste* et du *parenticide*.

4. La période de latence

Cette période va de 6 ans à l'adolescence. Ce sont les continuateurs de Freud et Abraham qui ont observé, avec la résolution du complexe d'Œdipe, une période d'accalmie de la vie pulsionnelle. Cet apaisement de la vie affective permet alors aux investissements relationnels et intellectuels de se développer. Les conflits affectifs n'ont pas pour autant disparu, mais ils sont moins actifs. Les mécanismes de *refoulement* et de *sublimation* sont à l'œuvre et permettent alors à l'enfant de « déssexualiser » les objets, d'acquiescer les normes et apprentissages nécessaires à la vie en société. À l'adolescence, du fait de la puberté, les conflits œdipiens vont être de nouveaux actualisés.



Monika Adamczyk - Fotolia.com

La latence, période propice aux apprentissages intellectuels.

III. L'ADOLESCENCE

1. Présentation

L'adolescence n'est pas considérée comme un stade de développement affectif en tant que tel. Par contre, du fait de la réactualisation des problématiques antérieures (principalement les conflits œdipiens), il peut être utile de s'interroger sur les enjeux de cette période.

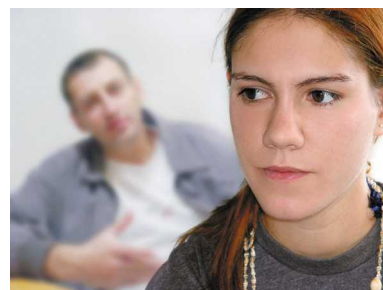
Notons cependant que l'adolescence n'a pas toujours existé en tant que telle : l'allongement de la durée de vie et les évolutions sociales ont largement concouru à créer cet « intermédiaire » entre l'enfance et l'âge adulte, qui possède ses propres incidences psychiques. Le début de l'adolescence est le plus souvent associé à la *puberté*, même s'il ne s'agit pas du seul facteur impliqué.

La période adolescente est souvent décrite comme à la fois critique et problématique. Critique, car il s'agit d'une période de remise en question intense (de soi, de son corps, de son environnement...) mais aussi car l'individu, en proie à de nombreux changements, peut avoir un sentiment d'étrangeté par rapport à lui-même et peut ressentir un sentiment (souvent projectif) d'incompréhension des autres envers lui-même (« ils ne savent pas qui je suis réellement »).

En quoi la période adolescente est-elle critique et problématique ?

Mais il s'agit aussi d'une période problématique, car l'individu est plongé dans un paradoxe : devoir devenir adulte (c'est-à-dire accéder à la capacité de faire des choix pour lui et de les assumer) sans toutefois en avoir totalement les moyens, car encore sous la dépendance et la tutelle parentale (d'un point de vue légal, administratif, éducatif...).

Il s'agit, dans cette perspective, d'affronter de nombreux changements (modifications des rapports affectifs avec l'entourage ; modifications identitaires, modifications dans le statut social, etc.) sans en percevoir vraiment les enjeux, et en inventant de nouveaux « outils » psychologiques et adaptatifs pour faire face à cette « tempête ».



Galina Barskaya - Fotolia.com

Les relations entre les adolescents et leurs parents sont souvent complexes.

2. Les deux phases de l'adolescence

On distingue couramment :

- la phase *pubertaire*, avec le développement de la croissance. Le corps devient prêt pour les rapports sexuels et apparaissent alors de la pudeur, voire de la timidité. Sur le plan du caractère, c'est une phase d'instabilité de l'humeur et d'hyperémotivité, avec l'apparition possible de certains troubles, comme les « complexes » ;
- la phase *juvénile*, plus structurante. Elle est associée à une restructuration de soi, une meilleure affirmation, et à un intérêt qui se découvre pour les autres. Cet intérêt est lui aussi marqué par quelque chose de l'ordre de l'érotisme : le corps de l'autre pouvant être pour la première fois objet de désir sexuel (responsable pour partie de la timidité).

Durant ces deux phases, se pose un enjeu identitaire qui peut se résumer en deux questions : « Qui suis-je ? » et « Que vais-je devenir ? » Les relations apparaissent souvent dans ce contexte très ambivalentes, entre recherche d'autonomie et de réponse à un besoin affectif fort ; entre désir d'indépendance pour mieux se trouver et attrait pour une position de dépendance somme toute confortable, etc.

Avec l'apparition de la sexualité, c'est toute la problématique œdipienne qui va dans un premier temps se rejouer (nourrissant de possibles conflits avec les parents), et qui va devoir trouver une voie de résolution au moins partielle (la constitution d'un couple se faisant pour partie en référence au couple parental). Les pulsions à « canaliser » se trouvent exacerbées, et doivent presque être « réappries » au sein de nouvelles modalités, plus autonomes. Il ne s'agit là que d'une partie des apprentissages que l'adolescent doit faire, il faut y ajouter les apprentissages sociaux (changement de statut social, etc.). La fonction du *groupe* est ici majeure, le



Tomasz Trojanowski - Fotolia.com

Le groupe occupe une place centrale dans les enjeux identificatoires à l'adolescence.

plus souvent contenant (comme un groupe « d'auto-support ») mais aussi le lieu privilégié de nouvelles expérimentations entre pairs (dimension du risque, de nouveaux émois affectifs et sexuels, d'affirmation de sa nouvelle identité en maturation, etc.).

3. Place du corps à l'adolescence

Le corps va être un support majeur dans la quête identitaire de l'adolescent. Une identité dont on va exhiber des signes partiels de façon plus ou moins ostensibles (les « looks » étant un facteur de reconnaissance entre pairs, et renvoyant à un système de valeurs morales, esthétiques ou autre auxquels on se réfère : look rasta, look tecktonik, look hype, look rangé, etc.).



Focus La souffrance à l'adolescence

L'adolescence donne lieu à des approches spécifiques tant du côté des spécialistes du psychisme que de la médecine (« médecine pour adolescents »). Mais la complexité des enjeux identitaires et sociaux de cette période ne rend pas facile à la fois l'identification de la souffrance des « jeunes », ni leur résolution car il s'agit d'une période d'évolution très rapide de l'individu. Il existe bien sûr des facteurs objectifs, comme l'apparition de troubles psychopathologiques, ou des conduites excessives et répétées. Mais la prudence est de mise, car certains comportements que l'on pourrait juger pathologiques peuvent parfois avoir une valeur initiatique et être très ponctuels. Aucun signe en tout cas n'est à banaliser et doit faire l'objet d'une investigation psychologique au moins sur le sens des conduites en question, lorsque cela semble nécessaire.

Certaines situations singulières peuvent faire également que le corps va être l'objet de *prises de risques* directes (conduites dangereuses et/ou sous l'emprise de stupéfiant, sport de l'extrême ou du moins à fort potentiel de sensations...) ou indirectes, c'est-à-dire que le corps va être porteur de meurtrissures renvoyant à une psychopathologie naissante ou installée (comme les troubles des conduites alimentaires). Mais au travers de ces situations, est de nouveau mise en jeu, par le test des limites qu'elles impliquent, la question de la construction identitaire.

Enfin, le corps est devenu un signifiant sexuel, à la fois pour soi et pour les autres, et de ce fait, le corps est devenu à la fois source de malaise et de satisfaction. Le désir, originellement incestueux, va connaître un nouveau devenir en s'ouvrant vers un partenaire externe au couple parental (via un renouvellement des positions narcissiques primaires – investissement de soi – et secondaire – investissement des autres). Les amitiés adolescentes, souvent fortes et passionnelles, ressemblent d'ailleurs à bien des égards à des « zones d'expérience » où il s'agit d'appivoiser cette question du désir et des pulsions, tout en écartant la question du passage à l'acte sexuel, si dérangeante pour l'adolescent, au moins pendant un temps.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Comment se définit un stade ?

143

Chaque stade est défini en référence à un type de pulsion, d'une relation d'objet et des conflits. L'enchaînement entre chaque stade est progressif, chacune possédant une ou plusieurs problématiques à résoudre pour l'individu, comme autant d'acquisitions à

faire. Cet enchaînement ne se fait pas non plus sans heurts, appelés fixations, qui sont des points de cristallisation associées à des problématiques précises et qui seront éventuellement des zones de régressions ultérieures.



Quels sont les stades de développement et leurs données pulsionnelles ?

144

Stade	Source pulsionnelle	Objet pulsionnel	But pulsionnel
Oral	Principalement, sphère bucco-labiale.	Sein, biberon	Toute forme de satisfaction auto-érotique buccale (suction, incorporation...)
Anal	Principalement, muqueuse ana-recto-sigmoïdienne.	Boudin fécal et par extension symbolique l'entourage (dont la mère) et tout ce qui peut être objet de maîtrise	Toute forme d'auto-érotisme anal réel (zone érogène anale) ou symbolique (manipulations relationnelles...)
Phallique	Principalement, l'urètre (miction, rétention)	Sphincter vésical	Masturbation et autres formes d'auto-érotisme génital

Note : le dernier stade est la latence, où les pulsions semblent « éteintes ».



En quoi la période adolescente est-elle critique et problématique ?

148

Elle est critique, car il s'agit d'une période de remise en question intense (de soi, de son corps, de son environnement...) mais aussi car l'individu, en proie à de nombreux changements, peut avoir un sentiment d'étrangeté par rapport à lui-même et peut ressentir un sentiment d'incompréhension des autres envers lui-même.

Elle est problématique car l'individu est plongé dans un paradoxe : devoir devenir adulte (c'est-à-dire accéder à la capacité de faire des choix pour lui et de les assumer) sans toutefois en

avoir totalement les moyens, car encore sous la dépendance et la tutelle parentale (d'un point de vue légal, administratif, éducatif...).

Lectures conseillées

Pour commencer

BÉNONY C., GOLSE B. (2007). *Psychopathologie du bébé*, Paris, Armand Colin, 3^e éd.

FREUD S. (1989). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard.

GOLSE B. (2008). *Le Développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson, (4^e éd.).

RICHARD F. (2013). *Les Troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Dunod.

Pour aller plus loin

- BÉNONY H. (2002). *L'Examen psychologique et clinique de l'adolescent*, Paris, Nathan.
- KLEIN M. (1932). *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 2004.
- LEBOVICI S., ALLÉON A.M., MORVA O. (1990). *Devenir « adulte » ?*, Paris, PUF.
- SMIRNOFF V. (1992). *La Psychanalyse de l'enfant*, Paris, PUF (6^e éd.).

Pour bien commencer avec Winnicott...

- *Jeu et réalité*
- *Le Bébé et sa Mère*
- *De la pédiatrie à la psychanalyse*
- *La Mère suffisamment bonne.*

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées - 1.

Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Le petit garçon sort de l'œdipe grâce :
 - ☐ au complexe de castration.
 - ☐ à l'angoisse de castration.
 - ☐ au stade phallique.
2. Le complexe d'Œdipe :
 - ☐ permet de structurer le lien social.
 - ☐ ne concerne que les filles.
 - ☐ apparaît au moment de la phase sadique anale.
3. Pour Melanie Klein :
 - ☐ l'ambivalence est le propre de la position schizo-paranoïde.
 - ☐ l'enfant est persécuté par le bon objet.
 - ☐ la position dépressive résulte de l'ambivalence.
4. Le stade oral est un stade :
 - ☐ prégénital.
 - ☐ œdipien.
 - ☐ piagétien.
5. La période de latence est marquée par :
 - ☐ la disparition des conflits affectifs.
 - ☐ l'amplification des conflits affectifs.
 - ☐ l'amenuisement des conflits affectifs.
6. Le phallus décrit :
 - ☐ la verge.
 - ☐ les attributs de puissance liés à la symbolique du pénis.
 - ☐ un champignon vénéneux.
7. Au stade anal, la zone pulsionnelle concerne :
 - ☐ le rectum.
 - ☐ la bouche.
 - ☐ l'urètre.
8. À la naissance, le petit d'homme est dit :
 - ☐ autonome.
 - ☐ mature.
 - ☐ prématuré.

9. En psychanalyse, la sexualité infantile désigne :

- ☐ les jeux de « touche-pipi ».
- ☐ la masturbation.
- ☐ toute activité destinée à satisfaire la pulsion.

10. Pour Freud, de la résolution de l'œdipe découle :

- ☐ le ça.
- ☐ le surmoi.
- ☐ la position dépressive.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

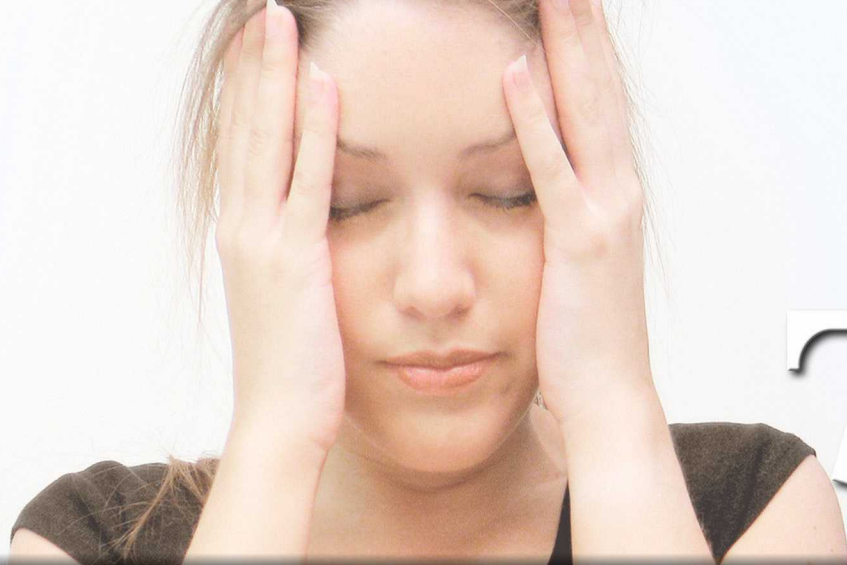
Exercice 1 : Complétez le texte à trous.

Chez les garçons, l'étayage libidinal s'est construit autour de la, qui va rester l'objet privilégié. Mais la perception d'une absence de chez elle et la présence d'un pénis chez lui et chez son père génère de castration : peur que le père pour se venger du désir d'amour exclusif de, ne le castré. Cette angoisse de castration permet alors au petit garçon de renoncer à l'amour exclusif de sa mère (pour ne pas perdre son pénis), et s'engage le processus..... au père, qui lui permet de trouver d'autres objets d'amour. Les pulsions dans des activités socialement acceptables (compétition, plaisir aux apprentissages intellectuels...).

Exercice 2 : En psychologie clinique, le terme de « crise d'adolescence » a-t-il un sens ?

Exercice 3 : Indiquez à quel stade du développement correspond la phrase dans la colonne de gauche : phase orale, phase anale, phase œdipienne, phase de latence, adolescence.

Phase où l'objet de la pulsion passe de partiel à total (dans des conditions habituelles de développement).	
Là où les mécanismes de <i>refoulement</i> et de <i>sublimation</i> sont particulièrement à l'œuvre.	
À ce stade, l'enfant perçoit l'objet total et, en fonction des pôles expulsion/rétention, les relations d'objets se structurent sur ces modalités.	
N'est pas considérée comme un stade de développement affectif en tant que tel.	
Apaisement de la vie affective qui permet aux investissements relationnels et intellectuels de se développer.	
S'étend sur la seconde année de la vie.	
C'est à partir de l'expérience de la satisfaction de cette 1 ^{ère} pulsion que la dynamique d'un psychisme va se constituer.	
Phase où le corps est particulièrement le support de la quête identitaire du sujet.	
Au plan de la relation d'objet à ce stade, l'enfant passe du narcissisme primaire vers un début de relation dite anaclitique, à un objet partiel.	
Phase dont la résolution donne lieu à la maturation du surmoi et de l'idéal du moi.	



7

LES TROUBLES NÉVROTIQUES ET LES TROUBLES ANXIEUX

Le terme de « névrose » est attribué à William Cullen en 1769. Il caractérisait ainsi une pathologie du comportement et du ressenti sans trouble organique identifié (« perturbation d'origine nerveuse en l'absence de fièvre ou de lésion décelable »). De cette notion générale, le terme de névrose a fini par décrire un trouble mental durable sans cause organique lésionnelle (donc non démontrable). Il n'y a pas, dans la névrose, de perturbation du rapport à la réalité ou du rapport au sentiment d'identité. Enfin, le patient peut identifier quelque chose de l'ordre de la pathologie, soit de façon directe (les compulsions à se laver les mains par exemple), soit de façon indirecte (sous la forme d'une plainte comme celle d'un trouble fonctionnel – comme la perte subite de la marche – mais sans forcément y associer une problématique personnelle). Mais globalement, on peut dire que le sujet perçoit son trouble (ou certains de ses éléments) comme indésirable, et en tout cas en rupture avec l'idée que le sujet se fait de lui-même.

Définitions



dalaprod - Fotolia.com

Trouble névrotique

C'est un trouble psychique sans rupture avec la réalité, qui s'origine dans un conflit inconscient. Il s'agit d'une entité nosologique qui provoque des altérations touchant au comportement, au raisonnement, et à la vie affective et émotionnelle. Il n'y a pas de lésion corporelle, le patient reste par ailleurs conscient de ses troubles.

Anxiété

C'est un état émotionnel désagréable, associé à un sentiment d'inquiétude, qui se manifeste tant sur le plan physique, psychique, que comportemental. Il s'agit d'un état d'alerte, associé à une tension ou une anticipation négative proche, voire assimilé à un état de stress.

Angoisse

C'est un état de malaise dont l'origine est, selon la psychanalyse, un conflit intrapsychique. L'angoisse est avant tout un vécu ressenti corporellement dont l'objet réel qui le provoque est non identifié (contrairement à la peur). L'angoisse est psychologiquement plus ancrée que l'état d'anxiété ; il arrive parfois que l'on définisse l'anxiété comme étant la manifestation psychique d'une angoisse.

I. CONCEPTION DES NÉVROSES

1. Névrose et psychanalyse : fondements

La notion de névrose a été reprise, développée et théorisée par Freud, tout au long de son œuvre. Il l'a décrite à partir de l'étude de l'hystérie. Grâce à ses travaux, la psychopathologie psychanalytique reconnaît aujourd'hui essentiellement trois formes de névroses : la névrose obsessionnelle, la névrose hystérique et la névrose phobique. D'après Boulenger (2007), le concept de névrose recouvre trois domaines distincts :

- une hypothèse théorique, celle du rôle étiologique de conflits inconscients ;
- la description de facteurs psychopathologiques spécifiques manifestés par des mécanismes de défense et des traits de personnalité caractéristiques ;
- la description clinique de syndromes couvrant le champ de l'hystérie, des troubles anxieux phobiques ou obsessionnels.

Actuellement, le terme de névrose renvoie généralement à une double dimension :

- des *symptômes* « névrotiques » : compris comme l'expression d'un conflit inconscient entre désir et défense pour lutter contre l'angoisse générée par le conflit ;
- une *structure de personnalité* « névrotique », soit un moi construit, qui permet un contact avec la réalité préservé (à la différence de la psychose) mais possédant des caractéristiques névrotiques, c'est-à-dire résultant d'identifications non satisfaisantes.



« Œdipe et le Sphinx » (Gustave Moreau, 1864, Metropolitan Museum of Art, New York).

Ces deux caractéristiques trouvent leur source dans l'histoire infantile de l'individu et les avatars de son développement psycho-sexuel. Dans toute névrose, le développement du sujet s'est effectué jusqu'au complexe d'Œdipe, jamais totalement résolu. L'angoisse générée par le conflit œdipien, suscite des mouvements régressifs à des points de fixation du développement libidinal : stade oral dans les névroses hystériques et phobiques, stade anal dans la névrose obsessionnelle.

L'angoisse des névroses est donc celle de la castration, et les mécanismes de défenses du moi vont être le témoin de la structuration névrotique.

Laplanche et Pontalis, dans leur *Vocabulaire de la psychanalyse* en donnaient en 1967 la définition suivante : « Affection psychogène où les symptômes sont l'expérience symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans

l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense. »



À quoi renvoie de nos jours le terme « névrose » ?

2. Évolution du terme de « névrose »

Le terme de « névrose » est l'objet de controverses importantes. Particulièrement la névrose hystérique n'a cessé d'être discutée, placée puis ôtée des classifications au fil du temps, pour revenir de façon incessante sous une forme ou sous une autre.

Comme nous l'avons dit, le terme de névrose est profondément lié au courant psychanalytique. Cependant, le DSM-III en 1980 fait éclater la nosographie des névroses, ce qui ne manque pas de susciter de nombreux débats qui se poursuivent à l'heure actuelle. Par exemple, l'hystérie se retrouve majoritairement éparpillée en :

- conversion et troubles somatoformes (aspects somatiques) ;
- troubles dissociatifs (aspects psychiques) ;
- personnalité histrionique (aspects comportementaux).

Focus

Où sont passées les névroses ?

Depuis les années quatre-vingt, le DSM a retiré le terme de « névrose » de son vocabulaire. La raison est que cette classification se voulant a-théorique, il a été jugé que le terme de névrose renvoyait trop à la conception et aux modèles psychanalytiques.

Les névroses n'ont pas pour autant disparu, mais se sont vues réparties dans les deux axes diagnostiques principaux du DSM-IV ; l'axe I et l'axe II. Le premier servant à repérer un trouble psychopathologique, le deuxième servant à repérer le retard mental et les troubles de la personnalité. La notion de névrose (qui associait un type de symptôme et un type de personnalité) a été coupée en deux : les symptômes hystériques, phobiques et obsessionnels peuvent être présents quelle que soit la personnalité de l'individu, et seront repérés sur l'axe I (troubles somatoformes et/ou troubles anxieux), un éventuel trouble de personnalité, sur l'axe II. Ainsi selon le DSM-IV, un patient peut présenter un trouble obsessionnel-compulsif, avec ou sans trouble de la personnalité obsessionnel, voire avec un autre trouble de la personnalité.

Le DSM-5 a d'ailleurs supprimé l'évaluation multiaxiale. Les différents diagnostics sont maintenant posés sans référence aux anciens axes.

II. LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE

1. Présentation



Rituel de lavage des mains.

Freud en 1894 et Janet en 1903 isolent cette entité. Le terme de névrose obsessionnelle désigne une pathologie, qu'il faut différencier de la personnalité obsessionnelle (ensemble de traits obsessionnels mais non spécifiques) et de la structure obsessionnelle (mode d'organisation des processus psychiques sans forcément des signes de névrose obsessionnelle décompensée). Le DSM réduit la névrose obsessionnelle en trouble obsessionnel compulsif (TOC) et en personnalité obsessionnelle compulsive. La névrose obsessionnelle se caractérise principalement par des *obsessions* et des *compulsions*. Elle peut être associée à un syndrome dépressif, à des attaques de panique ou encore à une phobie sociale.

2. Les obsessions

Les obsessions sont des idées, sentiments ou images mentales s'imposant au sujet de façon incoercible.

Les caractéristiques de ces obsessions sont :

- le sujet en reconnaît le caractère pathologique ;
- le sujet lutte contre cette idée (avec angoisse) ;
- le sujet reconnaît que cette idée émane de son activité psychique, bien qu'elle soit en désaccord avec sa pensée consciente.

Les formes de ces obsessions peuvent être :

- idéatives : le patient est « assiégé » par des idées, mots ou représentations ;
- phobiques : le patient est « assiégé » par la pensée d'un objet ou d'une situation qu'il craint. L'angoisse est présente, la phobie ne se manifestant qu'en présence de l'objet ou de la situation ;
- impulsives (appelés aussi phobies d'impulsion) : malade « assiégé » par la crainte d'accomplir un acte absurde, criminel, sacrilège.

Enfin, les obsessions peuvent avoir divers *thèmes* : la religion, l'ordre, la symétrie, la pureté, la protection contre des dangers extérieurs, la perfection, le temps qui passe, etc.



Kirill Zdobov - Fotolia.com

Phobie d'impulsion criminelle.

3. Les compulsions

Les compulsions renvoient à l'idée d'un acte à accomplir, généralement absurde, ridicule ou gênant, qui s'impose au sujet de façon incoercible. Il ne s'agit pas d'une obsession car dans une compulsion, le sujet ne peut s'empêcher d'accomplir l'acte même si il y a une lutte torturante pour éviter de le réaliser (par exemple, vérification, achat...). Il ne s'agit pas non plus d'une impulsion car dans ces dernières, il n'y a pas de « préméditation » et pas de lutte. L'acte est réalisé de façon brutale et irrépressible.

On distingue généralement le *rituel* (suite fixe d'actes que le sujet considère comme absurdes ou excessifs mais qu'il se sent contraint de réaliser) et les *vérifications* (actes ayant pour objectifs de contrôler la réalisation de certains actes élémentaires : erreur de calcul, fermeture du gaz, etc.).

4. Étiopathogénie

Pour la psychanalyse, les mécanismes de déplacement, d'isolation, d'annulation rétroactive et de formation réactionnelle témoignent de *la lutte du moi contre des pulsions sadiques anales* (désir de souiller). D'après Freud, la non-résolution du conflit œdipien chez l'obsessionnel est due à une haine très vive à l'égard du rival, laquelle, insupportable pour le moi, est refoulée. À ceci s'ajoute la présence d'un surmoi particulièrement sévère. Un autre mécanisme (formation réactionnelle) transforme cette haine, dans un acte opposé (extrême méticulosité, souci de l'ordre, de l'obéissance, etc.).

Le *doute et l'ambivalence*, comme l'indécision, marquent la personnalité du patient souffrant de névrose obsessionnelle et s'expliquent par le primat de la pensée sur l'action. Cette régression de l'acte vers la pensée s'enracinerait dans le refoulement précoce de la curiosité sexuelle (scène primitive). La pensée devient alors érotisée et toute-puissante (pensée magique), telle qu'elle s'exprime dans des rituels mentaux conjuratoires par exemple (« si je compte jusqu'à 10 avant que le feu passe au rouge, je ne serai pas contaminé »). Les rituels de lavage et les obsessions de la propreté sont compris comme une lutte contre l'envie de souiller (par le biais de la formation réactionnelle).

Pour le modèle cognitif et comportemental, il existe une relation étroite entre les symptômes et l'anxiété. Très exactement, les symptômes (TOC) ont pour fonction de *réduire l'anxiété*. Les « comportements obsessionnels » sont ici compris comme des réponses conditionnées.

III. LA NÉVROSE HYSTÉRIQUE

1. Présentation

L'hystérie est une pathologie appartenant aux névroses, dont les manifestations peuvent cependant être particulièrement spectaculaires. Comme l'obsessionnalité, l'hystérie peut aussi désigner une personnalité ou une structure. Mais aussi, ce terme peut renvoyer à un discours, voire un style (« être un histrion »). L'étymologie d'hystérie renvoie à *utérus*, car l'on pensait initialement que cette pathologie était due à un déplacement physique et pathogène de l'utérus dans le corps. L'enracinement féminin du terme d'hystérie ne doit pas faire oublier qu'il existe également des hystéries masculines.

Dans la névrose hystérique, le lieu d'expression du conflit est le corps (alors que dans la névrose obsessionnelle, il s'agissait de la pensée). Le mécanisme classique est la *conversion* : la traduction d'un conflit psychique dans un symptôme physique sans étiologie organique. Les organes ou fonctions physiologiques touchés sont souvent en lien avec la relation (mutisme, cécité, etc.).

Aujourd'hui tout le monde s'accorde à dire que les modes de conversion peuvent être quasi infinis et labiles (spasmophilie, céphalées, etc.). C'est la recherche du sens intrapsychique du symptôme qui permet de statuer sur la *nature convertive* ou non du symptôme. Les grandes crises d'hystérie observée à La Salpêtrière par Charcot (dont Freud fut l'élève) ne sont plus fréquentes aujourd'hui et sont remplacées par des manifestations des troubles « à la mode ». Ainsi, certaines excitations d'allure hypomaniaques pourraient être chez certains patients des équivalents convertifs. Le *symptôme hystérique* a la particularité de se produire en public, avec démonstration, théâtralisme, exagération. Mais a aussi été décrite la « belle indifférence » qui témoigne d'une indifférence du patient à l'égard des symptômes. L'hystérique est suggestible, labile, son discours biographique volontiers flou. Il présente une immaturité affective, des relations superficielles érotisées et marquées par la séduction.



Enseignement de Jean-Martin Charcot à la Salpêtrière : le professeur montrant à ses élèves sa plus fidèle patiente, « Blanche » (Marie) Wittman, en crise d'hystérie (détail du tableau d'André Brouillet : « Une leçon clinique à la Salpêtrière » (1887)).

2. Étiopathogénie

Le conflit œdipien de l'hystérie est marqué par la vivacité du *désir incestueux* qui s'enracine dans l'histoire infantile (scène de séduction réelle ou fantasmée vis-à-vis du père). Le refoulement interdit la réalisation de ce désir, lequel via des mécanismes de déplacement et de condensation, se manifestera dans le corps. Le désir refoulé se trouve ainsi « réactualisé », parfois lors d'un événement d'apparence banal, dont la signification n'apparaîtra qu'après-coup.

La régression privilégiée se situe au *stade oral*, ce qui peut expliquer des traits de dépendance affective, de passivité, que l'on peut d'ailleurs retrouver dans les classifications DSM (personnalité passive-dépendante), en plus des classifications plus « communes » (personnalité histrionique, troubles somatoformes...).

IV. LA NÉVROSE PHOBIQUE

1. Présentation

La névrose phobique est assez proche, dans ses mécanismes, de la *névrose hystérique*. Les symptômes sont des phobies, soit une angoisse immédiate et systématique déclenchée par un objet réel ou une situation sans réel caractère objectivement dangereux. Il s'agit toujours d'un objet extérieur au sujet (si l'objet est interne, comme une situation imaginée, on parle d'obsession phobique). Le patient a conscience du caractère inadapté de son trouble. Il s'agit toujours d'un stimulus déterminé (orage, obscurité, endroit élevé, foule, espace clos, vue du sang...), donnant lieu à un comportement inadapté. Quant à l'anxiété, elle accompagne la phobie et peut revêtir un caractère anticipatoire.

Il décrit sa peur comme déraisonnable et excessive mais ne la contrôle pas sauf en développant des conduites d'évitement (quitter la situation) ou de réassurance (se faire accompagner, objet dit « contraphobique ») pour faire disparaître l'anxiété. Il existe un nombre très important de phobies.

Le DSM-5 les classe dans les troubles anxieux : les phobies spécifiques (peur des animaux, de l'avion, des araignées, etc.), les phobies sociales (peur du regard ou du jugement d'autrui), l'agoraphobie (peur d'être dans des lieux ou situations desquelles il pourrait être difficile de s'échapper comme les grands magasins, les ascenseurs, les transports en commun).

L'anxiété peut parfois prendre des formes paroxystiques (attaque de panique ou crise d'angoisse).



Arachnophobie.

Herwech - Fotolia.com



Phobie des rats.

Oleg Kazlov - Fotolia.com

Le trouble panique

Il s'agit d'abord de définir l'attaque de panique comme un ensemble de phénomènes physiques (tachycardie, sudation...) interprété – à tort – par le sujet comme des signes d'un trouble physique intense (infarctus, par exemple). L'attaque de panique s'accompagne sur le plan comportemental d'une inhibition, d'une hyperactivité stérile ou d'une expression émotionnelle intense.

La répétition des attaques de panique constitue le trouble panique. Il se caractérise par des accès récurrents sévères et imprévisibles, sans que le patient soit exposé à un danger réel ou à une situation particulière (ce qui différencie le trouble panique des phobies « pures »). Le trouble panique peut parfois mener à des expressions phobiques, le plus souvent l'agoraphobie (phobie dont le stimulus peut être la foule, les grands espaces publics, voire les voyages ou être seul en dehors de son domicile).

Www.

Un site d'aide sur
l'agoraphobie : <http://www.agoraphobie.org>

2. Étiopathogénie



Faber photo - Fotolia.com

Peur des grands espaces.

Selon Freud, le symptôme phobique est une tentative de lutte contre l'*angoisse de castration*. L'angoisse génère le refoulement de la libido, et le fait qu'une partie de l'angoisse par déplacement et fixation vienne se fixer sur un objet extérieur autorise alors des conduites d'évitement de cet objet, donc de l'angoisse. Le lieu d'expression du conflit est donc ici non plus la pensée, ni le corps, mais l'espace.

Dans la perspective TCC, la phobie est comprise comme un apprentissage, déclenchée par une expérience initiale effrayante, même si d'autres stimuli antérieurs ont pu à la fois préparer « le terrain » de la phobie et renforcer le comportement d'évitement naissant. Il s'agit donc d'un trouble du comportement appris.

Focus

Comment « créer » une phobie ?



Anja Roesnik - Fotolia.com

Phobie de l'eau.

Delphine, jeune maman, est en train de donner son bain à sa petite fille de 6 mois, tandis que son aîné de 4 ans joue dans la pièce à côté. Soudain, elle entend un bruit et comprend que son magnifique vase qu'elle tenait de sa grand-mère est tombé, s'est cassé, renversé par son fils qui part en courant. Elle n'arrive pas à contrôler sa colère, et tout en tenant sa fille dans l'eau, elle se met très en colère et crie très fort contre son fils. Sa petite fille jusque-là très calme s'agite, crie et pleure, en réaction à la colère de sa mère, qui se calme rapidement en la sortant du bain. Tout rentre dans l'ordre. Le lendemain, Delphine veut faire prendre son bain à sa fille, mais celle-ci s'agite, pleure et hurle dès qu'elle s'approche de la baignoire. À force de patience et de réassurance, la petite fille prend son bain,

mais Delphine relate qu'il a bien fallu une semaine pour que cette situation redevienne sereine.

On peut expliquer ceci par un conditionnement de type pavlovien : la situation « maman est très en colère, ça me fait peur » a été associée à la situation « prendre un bain ». La situation, devant sa charge émotionnelle, n'a pas eu besoin d'être répétée pour créer le conditionnement.

Cet exemple simple, vient en écho au discours de nombreux patients phobiques sociaux par exemple, qui décrivent très bien une situation qui a déclenché leur trouble. Souvent, il s'agit d'une situation vécue comme très humiliante, telle une interrogation en classe, au tableau, avec des remontrances de l'enseignant par exemple.

V. TROUBLES ANXIEUX

1. Présentation

Il s'agit d'un concept athéorique (DSM). En effet, en psychanalyse, seule existe la névrose anxieuse. Dans cette perception, le conflit psychique provoque de l'anxiété, que les symptômes ont pour fonction de tenter de neutraliser. Cette anxiété, dans les névroses anxieuses, va être diffuse, flottante, alors que dans l'hystérie elle se « fixe » sur le corps, sur une situation dans la phobie, ou sur une idée dans la névrose obsessionnelle.



À quoi renvoie le terme de « trouble anxieux » ?

Les troubles anxieux répertoriés dans le DSM-5

L'anxiété de séparation
Le mutisme sélectif
Les phobies spécifiques
L'anxiété sociale
Le trouble panique
L'agoraphobie
L'anxiété généralisée
Les troubles anxieux induits par une substance/un médicament
Les troubles anxieux dus à une autre affection médicale
Les autres troubles anxieux spécifiés
Les troubles anxieux non spécifiés

NB : les troubles obsessionnels compulsifs, l'état de stress aigu et l'état de stress post-traumatique, jadis classés parmi les troubles anxieux (DSM-IV) sont sortis de cette catégorie pour former deux nouvelles catégories distinctes : les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés d'une part, et les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress d'autre part.

Les troubles anxieux sont extrêmement fréquents et reposent tous sur une symptomatologie très polymorphe qui exprime l'anxiété. Les troubles anxieux non pris en charge se compliquent souvent de dépression et d'addictions. Les manifestations peuvent être physiques, psychiques et comportementales :

● *manifestations physiques* : elles sont très multiples et variées, changeantes d'un patient à l'autre. Les principales sont : oppression thoracique, tremblement, sudation, accélération du rythme cardiaque et respiratoire, rougeur, spasme et contractions musculaires, bouffée de chaleur, bourdonnement d'oreille, trouble de la vision, diverses manifestations digestives (mal à l'estomac, diarrhée), etc. ;

● *manifestations psychiques* : les patients se disent tendus, nerveux, angoissés, opprésés, et au plan cognitif, les pensées concernent la peur d'un danger ou d'une menace, l'anticipation négative d'une situation, des soucis excessifs concernant divers domaines de la vie quotidienne (argent, santé des proches, etc.). Dans ses formes les plus marquées, les patients peuvent ressentir une sensation de mort imminente, avoir l'impression de devenir fou et certains décrivent un vécu de déréalisation ou de dépersonnalisation. Les



Johanna Goodyear – Fotolia.com

Patiente anxieuse.

symptômes perturbent les capacités d'attention et de concentration, et les tentatives de lutte sont souvent inefficaces ;

● *manifestations comportementales* : elles vont de la sidération, prostration à une agitation extrême. Dans le cas d'anxiété générée par un objet ou une situation réelle, des conduites d'évitement sont observées.

Focus

Le trouble d'anxiété généralisé (TAG)

Il s'agit d'un trouble assez fréquent (5 %-10 %) qui ne peut être diagnostiqué que si les symptômes perdurent au-delà de six mois. Le TAG se caractérise par une anxiété et un sentiment de menace non spécifique et diffus (contrairement à la phobie). Ce ressenti menaçant comporte un caractère excessif, avec une anticipation négative (qui mène à une hypervigilance du sujet). L'un des signes caractéristique est la présence de ruminations incontrôlables, dont les thèmes sont variables (santé, famille...). Le TAG mène à divers handicaps et empêchements parfois très sévères, souvent associés à des troubles fonctionnels chroniques (insomnie, douleurs musculaires, troubles gastriques...). Une co-morbidité classique est la dépression.

2. Étiopathogénie

Outre le modèle psychanalytique des névroses, l'apport des théories comportementales et cognitives propose des modèles où les lois de l'apprentissage permettent d'expliquer l'apparition et le maintien de troubles anxieux. De même certains schémas cognitifs nourrissent et renforcent les manifestations anxieuses, comme les croyances irréalistes : la peur de devenir fou, de perdre le contrôle de soi, etc.

L'étiologie est en tout cas très vraisemblablement multi-factorielle (facteurs psychologiques, environnementaux et probablement aussi une prédisposition physiologique). Il est à noter que des facteurs de vulnérabilité sont sans doute présents, qui regroupent des facteurs environnementaux (peu étayants...), des facteurs contextuels (traumatismes...) et des facteurs biologiques (stress continu dû à une situation donnée...), voire (c'est une hypothèse) génétique (le risque étant par exemple accentué chez un jumeau de patient atteint de trouble anxieux par rapport à la population générale) et enfin des facteurs de personnalité (angoisse de séparation, passivité, troubles de l'affirmation de soi...).

Www.

Site de l'Association
française des troubles
anxieux : <http://www.afta-anxiete.org>

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



À quoi renvoie de nos jours le terme « névrose » ? 157

Actuellement, le terme de névrose renvoie généralement à une double dimension :

- des symptômes dits « névrotiques » : expressions d'un conflit inconscient entre désir et défense pour lutter contre l'angoisse générée par le conflit ;
- une structure de personnalité dite « névrotique » : un moi construit, qui permet un contact avec la réalité préservé, mais possédant des caractéristiques névrotiques, c'est-à-dire résultant d'identifications non satisfaisantes.



À quoi renvoie le terme de « trouble anxieux » ? 163

Il s'agit d'un concept athéorique (DSM). Les troubles anxieux sont extrêmement fréquents et reposent tous sur une symptomatologie très polymorphe qui exprime l'anxiété. Les manifestations peuvent être physiques, psychiques et comportementales.

Lectures conseillées

Pour commencer

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, traduction française, Paris, Elsevier-Masson.

GRAZIANI P. (2018). *Anxiété et troubles anxieux*, Paris, Armand Colin.

MÉNÉCHAL J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?*, Paris, Dunod.

PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P. (2016). *Les Névroses*, Paris, Armand Colin, 2^e édition.

Pour aller plus loin

ASSOUN J.-L. (2006). *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*, Paris, Anthropos, 3^e éd.

FREUD S. (date ?). *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1999 (12^e éd.).

LADOUCEUR R., MARCHAND A., BOISVERT J.-M. (dir.) (2002). *Les Troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*, Paris, Masson.

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Une névrose :
 - ☐ est synonyme d'hystérie.
 - ☐ est due à des conflits inconscients.
 - ☐ occasionne une perte de contact avec la réalité.
 - ☐ est un ensemble de symptômes indépendant de la structure la personnalité.
2. Le DSM s'est écarté de la notion psychanalytique de névrose depuis :
 - ☐ la version I.
 - ☐ la version II.
 - ☐ la version III.
 - ☐ la version IV.
3. Une obsession peut :
 - ☐ désigner un acte stéréotypé.
 - ☐ être facilement chassée de l'esprit par le patient.
 - ☐ s'accompagner de rituels.
 - ☐ n'est jamais jugée excessive par le patient.
4. La compulsion est différente de l'obsession car ici :
 - ☐ il s'agit d'un comportement pathologique ponctuel.
 - ☐ il s'agit d'un trouble uniquement présent dans la névrose obsessionnelle.
 - ☐ le sujet ne peut s'empêcher de réaliser un acte donné.
 - ☐ le sujet ne lutte pas.
5. Dans une névrose hystérique, on peut retrouver :
 - ☐ une suggestibilité.
 - ☐ un trouble lésionnel.
 - ☐ une prise de risques continue.
 - ☐ systématiquement une nymphomanie.
6. Un patient souffrant de névrose phobique :
 - ☐ n'a pas atteint le complexe d'Œdipe.
 - ☐ a conscience du caractère excessif de ses peurs.
 - ☐ érotise la pensée.
 - ☐ ne peut pas présenter des comportements d'évitement.
7. Les troubles anxieux :
 - ☐ sont rigoureusement identiques aux névroses.
 - ☐ comprennent les phobies spécifiques.
 - ☐ ne peuvent pas se compliquer d'un alcoolisme.
 - ☐ sont extrêmement rares.

8. Les troubles anxieux :

- ☐ sont un concept purement analytique.
- ☐ s'expliquent par les seules théories de l'apprentissage.
- ☐ ont probablement une origine multi-factorielle.
- ☐ ont une origine purement physiologique.

9. Le trouble d'anxiété généralisé :

- ☐ se caractérise notamment par des ruminations.
- ☐ est un trouble de panique qui dure dans le temps.
- ☐ est une pathologie spécifiquement pédiatrique.
- ☐ est un autre nom de la névrose d'angoisse.

10. Le trouble panique peut s'accompagner le plus souvent :

- ☐ d'une éreutrophobie.
- ☐ d'une arachnophobie.
- ☐ d'une claustrophobie.
- ☐ d'une agoraphobie.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Étude de cas : relevez les signes cliniques de la névrose obsessionnelle :

Monsieur C, âgé de 42 ans, consulte car depuis quelques mois, il se décrit comme « obsédé par la peur d'avoir le sida ». Sa vie sentimentale est stable, il vit avec son épouse depuis dix ans, et n'a pas eu de relations extraconjugales. Il se décrit comme catholique pratiquant, très soucieux de se conformer aux principes moraux prônés par sa religion. Il travaille en tant que cadre dans une société informatique et a deux enfants de 7 et 4 ans.

Il décrit qu'il est envahi d'idées obsédantes quand il doit prendre le métro, le train, doit aller dans des toilettes publiques, car il a peur d'attraper le sida en touchant un objet qui aurait été souillé par une personne séropositive et ajoute : « J'ai beau savoir que ça ne se transmet pas comme ça, c'est plus fort que moi. » Du coup, il se lave les mains jusqu'à trente fois par jour. Il a une peur majeure aussi de transmettre le sida à son épouse, et a proposé à celle-ci d'avoir des rapports sexuels avec préservatifs. Elle ne comprend pas du tout sa réaction, et le couple n'a plus de vie sexuelle depuis plusieurs mois. Aujourd'hui, il est très gêné quand il doit se déplacer en transport en commun ou serrer la main à des inconnus.

Il dit n'avoir jamais éprouvé de telles craintes auparavant, mais se décrit comme quelqu'un qui accorde beaucoup d'importance à l'ordre, au rangement et au ménage. Il dit que ses proches le décrivent comme quelqu'un de droit. Les relations avec son épouse sont assez conflictuelles cependant. Elle lui reproche une certaine avarice, avec laquelle il n'est pas du tout d'accord, il dit qu'il tient beaucoup à économiser pour l'avenir de ses enfants et que sa femme est très dépensière.

Exercice 2 : En vous aidant de ce livre mais aussi d'autres lectures, de recherches sur Internet, etc., répondez à la question suivante : Quelqu'un qui fait des attaques de panique souffre-t-il forcément d'un trouble panique ?



8

LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Dans le champ de la psychopathologie, les troubles de l'humeur occupent une place prépondérante, ne serait-ce que du fait de leur fréquence. Ce terme regroupe en fait les troubles dépressifs et les troubles bipolaires (anciennement appelés psychoses maniaco-dépressives). Si la description clinique d'épisodes maniaques et mélancoliques existe depuis l'Antiquité, c'est en 1854 que Falret constitue l'entité « folie circulaire », peu de temps avant que Kraepelin s'y penche à son tour et avance la notion d'étiologie endogène des psychoses.

Définitions

Humeur

L'humeur est une disposition affective fluctuante chez un individu, qui possède une tonalité particulière à un moment donné (gaie, triste, neutre).

Dépression

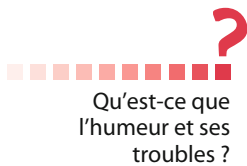
Du latin *depressio* (« enfoncement »), la dépression désigne un symptôme ou une maladie (selon les approches conceptuelles) dont la caractéristique majeure est une humeur triste ou une perte d'intérêt (ou de plaisir) pour toute activité.

Manie

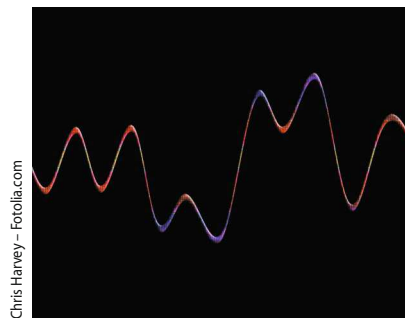
C'est un trouble psychique notamment caractérisé par une exaltation de l'humeur, une excitation psychomotrice, une accélération de la pensée avec fuite des idées, des troubles du sommeil et des troubles de l'attention.

I. LES TROUBLES DÉPRESSIFS

1. L'humeur et sa pathologie



L'humeur est définie par Jean Delay comme « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». De cette définition peut être plus poétique que scientifique, nous relevons deux dimensions essentielles de l'humeur : sa qualité (ou sa tonalité, neutre, gaie, triste), son caractère oscillant : l'humeur, par nature, fluctue.



L'humeur oscille par nature.

Événements de vie, luminosité, substances chimiques, prédispositions génétiques... sont autant de facteurs qui vont influencer l'humeur et ses troubles. Au plan psychopathologique, il y a trouble de l'humeur lorsque les fluctuations de celle-ci deviennent durablement excessives. Quand les excès d'oscillations sont vers le bas, nous sommes dans le champ des troubles dépressifs, et vers le haut dans le champ de la manie (troubles bipolaires).

2. Épidémiologie des troubles dépressifs

Connus depuis l'Antiquité, les termes « troubles dépressifs » recourent vraisemblablement une diversité de maladies considérable comme l'atteste l'histoire de la nosographie de ces troubles : dépression endogène, réactionnelle, mélancolie, tantôt rattachée à la psychose, etc.

Aujourd'hui est admis que la dépression est trans-nosographique et peut toucher toute personne, indépendamment de sa *structure de personnalité*. L'étude ESEMeD (Lépine *et al.*, 2000) montre que dans la population générale, la prévalence des troubles dépressifs sur une vie entière est de 22,4 %, ce qui signifie que plus d'une personne sur cinq interrogée a souffert d'une forme de dépression au cours de sa vie.

Devant une telle fréquence, il convient de savoir repérer un trouble dépressif qui, en dépit de la grande variabilité de ses formes cliniques, a en général une présentation claire, que nous décrirons à l'aide des critères diagnostics du DSM-5.



Las de la vie (Ferdinand Hodler, 1892).

Focus

Du baby blues à la dépression du post-partum

Le « baby blues » survient chez la moitié des femmes accouchées, en général entre le troisième et le cinquième jour. Il est caractérisé par des plaintes somatiques, des troubles du sommeil, une asthénie, une labilité émotionnelle (prédominance de l'irritabilité) et une interrogation anxieuse sur le fait de savoir si elle, la mère, va savoir s'occuper de son enfant. Cet état passe généralement au bout de quelques jours, souvent de façon spontanée.

La dépression du post-partum intervient par contre dans les semaines qui suivent l'accouchement (généralement, entre deux et huit semaines) et concernerait environ 15 % des accouchées. Il peut aussi s'agir d'un « baby blues » non résolu. Un syndrome dépressif s'installe, avec le sentiment intense et coupable d'une incapacité à s'occuper de son enfant, une difficulté dans les tâches quotidiennes, et parfois des phobies d'impulsion (thème : faire du mal à l'enfant). La composante anxieuse est souvent importante.

La dépression du post-partum est sous-diagnostiquée et donc peu prise en charge (moins de 20 % des cas réels) ou prévenue. Compte tenu des répercussions qu'elle peut avoir sur les qualités de la relation mère-enfant, ce type de dépression mérite une attention toute particulière de la part des professionnels de l'enfance (pédiatre, Protection Maternelle et Infantile (PMI), etc.).

3. Sémiologie des troubles dépressifs

Le DSM-5 inclut dans cette catégorie les troubles suivants : le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (décrivant des crises de colères fréquentes sur fond d'humeur irritable ou colérique sur une période d'au moins un an, débutant entre 6 et 18 ans) ; le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé, presque équivalent de l'ancien

« épisode dépressif majeur » du DSM-IV que nous détaillerons plus loin) ; le trouble dépressif persistant (dysthymie, qui sera décrit plus loin également) ; le trouble dysphorique prémenstruel (décrivant des symptômes thymiques cycliques, se manifestant avant l'apparition des menstruations et s'améliorant dans les jours qui le suivent) ; le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament ; le trouble dépressif dû à une autre affection médicale ; le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié.

Détaillons le trouble le plus fréquent : **le trouble dépressif caractérisé**.

En voici les critères diagnostiques selon le DSM-5 :

A. Au moins **5** des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure) (*NB* : éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent).

2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (*NB* : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue).

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).

6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance à une autre affection médicale.

NB : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos

de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à cette perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou d'autres troubles psychotiques.

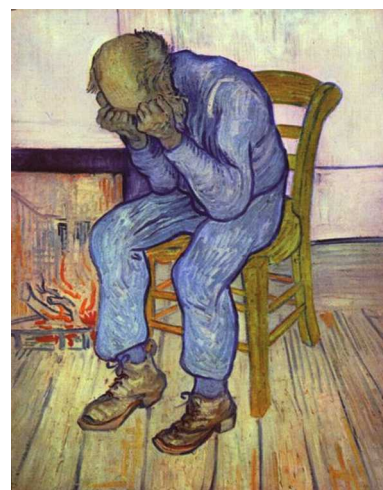
E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaques sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie mentale.

Il conviendra, si le trouble est présent, de spécifier sa sévérité et son évolution, et s'il s'agit d'un épisode isolé ou récurrent.

Le changement majeur entre le DSM-5 et le DSM-IV concerne la question du deuil. Dans le DSM-IV, la présence de manifestations « dépressives » durant deux mois après une perte empêchait de poser le diagnostic de dépression à moins que les symptômes ne soient sévères. Ce critère de durée a donc disparu du DSM-5.

Cela laisse certains penser qu'on observerait alors une tendance à « psychopathologiser » un phénomène certes douloureux mais normal qu'est le deuil. Cependant, dans le texte complet du DSM-5, des critères précis sont donnés pour différencier un deuil « normal » d'un deuil qui se compliquerait d'une trouble dépressif caractérisé.



Au seuil de l'éternité,
(Vincent Van Gogh, 1890).

Focus

Critères diagnostiques du trouble dépressif persistant (dysthymie) chez l'adulte selon le DSM-5

A : Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux, pendant au moins deux ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.

B : Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- perte d'appétit ou hyperphagie ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- baisse d'énergie ou fatigue ;
- faible estime de soi ;
- difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions ;
- sentiment de perte d'espoir.

C. Au cours de la période de deux ans de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de deux mois consécutifs sans présenter les symptômes de critère A et B.

Les critères de troubles dépressifs caractérisés peuvent être présents d'une manière continue pendant deux ans.

Les critères DSM suivants servent à écarter un trouble bipolaire, un trouble psychotique chronique ou délirant, les causes physiologiques ou somatiques habituelles et insistent sur le fait que les symptômes génèrent altération du fonctionnement et souffrance.

D. Les critères du trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.

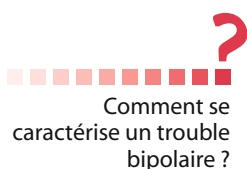


Jeune femme déprimée.

Cette classification sémiologique détaillée a l'avantage de lister les principaux symptômes auxquels s'associent souvent d'autres manifestations. On note particulièrement : la baisse de la libido, les difficultés mnésiques, l'anxiété, le retrait social, la clinophilie (le fait de rester allongé), l'apragmatisme (incapacité à faire des choses), les troubles d'initiation (incapacité à commencer une activité), l'anhédonie (absence de ressenti pour les choses auxquelles habituellement le patient est sensible) et l'incurie (négligence des soins que le sujet se porte : toilette, habilement).

II. LES TROUBLES BIPOLAIRES

1. Épidémiologie



La prévalence des troubles bipolaires est estimée à 1 % de la population. Il se pourrait cependant, compte tenu des différentes formes cliniques de la maladie, que cette prévalence soit sous estimée.

Ces troubles se caractérisent le plus souvent par la survenue d'épisodes dépressifs caractérisés (déjà décrit) et d'épisodes maniaques (trouble bipolaire de type I) ou hypomaniaques (trouble bipolaire de type II) (il existe une forme rare qu'on appelle manie unipolaire, caractérisée par l'absence d'épisodes dépressifs).



Gajatz - Fotolia.com

Humeur gaie.



Gajatz - Fotolia.com

Humeur triste.

2. Sémiologie du DSM

L'épisode *maniaque* se caractérise, selon le DSM-5 par :

A. une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire) ;

B. au cours de cette période de perturbation de l'humeur, et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

- augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- réduction du besoin de sommeil ;
- plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
- fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent ;
- distractibilité (attention excessive pour des stimuli sans importance) rapportée ou observée ;
- augmentation des activités orientées vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;
- engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, prises de risques sexuels, conduite automobile trop rapide...).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Il faut au moins un épisode maniaque au cours de la vie pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I.

L'épisode maniaque est à distinguer d'un *épisode hypomaniaque* :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil.
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent.
5. Distractibilité (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple : achats inconsidérés, conduite

sexuelle inconséquente ou investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode d'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.

« L'épisode mixte », qui réunissait dans le DSM-IV des caractéristiques dépressives et maniques simultanément, a disparu du DSM-5 en tant qu'entité diagnostique, pour devenir une sous-catégorie du trouble bipolaire de type I ou II.

Par ailleurs, sont aussi précisées : la nature de l'épisode actuel, la sévérité, la présence ou non de caractéristiques psychotiques, pour les principales informations complémentaires.

III. LES MODÈLES EXPLICATIFS

1. Modèle biologique

Au plan biologique, beaucoup d'études aujourd'hui se focalisent sur la vulnérabilité *génétique* des troubles de l'humeur. Il ne s'agit pas de maladies héréditaires, au sens où ce n'est pas un gène qui se transmet et provoque la maladie (comme c'est le cas dans l'hémophilie), mais un ensemble de gènes non encore bien identifiés qui constitue un terrain plus propice au développement d'un trouble de l'humeur, qui se développera ou pas en fonction d'expériences (modèles d'interaction gènes – environnement).

Par ailleurs, ses gènes sont pour beaucoup impliqués dans la synthèse de neuromédiateurs qui ont un lien avec l'humeur (dopamine, sérotonine, etc.). C'est souvent sur ces éléments que les médicaments (antidépresseurs, thymorégulateurs) ont un impact.

NS photography - Fotolia.com



Traitement médicamenteux.

2. Modèle psychanalytique : Freud

Les premiers travaux sur la mélancolie et la psychose maniaco-dépressive sont dus à Freud (1915) et Abraham (1912, publié en 1924). Pour Freud (1915), le processus mélancolique résulte de la *perte de l'objet aimé*, perte qui ne peut pas s'élaborer dans un deuil. En effet, pour Freud, la mélancolie survient si le deuil est impossible. Face à une perte réelle ou

fantasmée, le moi, pour lutter contre elle, va introjecter l'objet perdu.

Face à une perte, le moi enclenche normalement un « travail de deuil », coûteux, long et douloureux, s'apparentant fort à la dépression. Mais il permet au moi de se détacher de l'objet perdu et, *in fine*, à la libido d'en investir de nouveaux.

Le deuil « normal » fait suite à une *perte consciente*, qu'elle soit celle d'un proche ou d'une valeur. Or le propre du mélancolique est que la perte est, au moins pour partie, inconsciente. De plus, dans le deuil normal, le pessimisme touche au monde extérieur (la vie est morne, le monde n'a plus d'intérêt) alors que dans la mélancolie, cette vision négative se retourne contre le moi, ou une partie, suite à la critique d'une instance psychique morale (qui deviendra le surmoi).

Les mécanismes décrits par Freud pour expliquer le phénomène reposent sur l'*identification à l'objet*. En effet, après un investissement positif (bien qu'ambivalent) de l'objet, une perte ou une déception vient mettre à mal cet investissement. Le processus de deuil permet de désinvestir alors l'objet, ce que le sujet mélancolique ne peut pas faire. Il opère une identification inconsciente à l'objet perdu (1915) : « L'ombre de l'objet tomba ainsi sur le moi qui put alors être jugé par une instance particulière comme un objet, comme l'objet abandonné. » Ainsi, ne pouvant assumer la perte, le moi se défend par identification, et l'agressivité normalement adressée à l'autre, se retourne contre soi et fait le lit des symptômes : auto-accusation, etc. C'est le processus inverse de la projection paranoïaque.

C'est dans la nature du lien à l'objet, selon Freud, qu'il faut chercher la cause du deuil impossible. D'après lui, le lien à l'objet était de type narcissique, mais il ne développera pas plus cette hypothèse.



Mélancolie (Domenico Fetti, 1622).

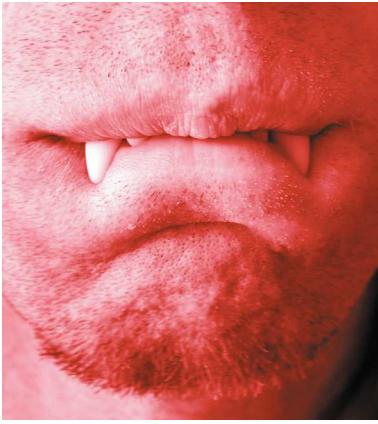
3. Apport d'Abraham



Karl Abraham (1877-1925).

C'est Karl Abraham (1877-1925), en 1912, qui met en parallèle la notion de deuil et de mélancolie, bien que pour certains la paternité de cette mise en lien reviendrait à Freud. Quoi qu'il en soit, Abraham souligne les traits communs qui existent entre la mélancolie et la *névrose obsessionnelle* : le rôle central de la notion d'ambivalence de la vie pulsionnelle, fondée sur un équilibre instable entre amour et haine, homosexualité et hétérosexualité. Il reprendra plus tard ce parallèle (en 1924) qui lui permettra de définir les deux étapes du stade sadique-anal : un premier dominé par l'expulsion et la destruction de l'objet ; le second dominé par la rétention et la conservation de l'objet en soi. Pour lui, c'est entre ces deux stades que se situe la frontière entre la psychose et la névrose.

Concernant le *mécanisme mélancolique*, Abraham insiste sur le fait que l'introjection de l'objet perdu est fondée sur la phase cannibalique de la libido (sadisme oral) avec la primauté des fantasmes de dévoration de l'objet. Il explique d'ailleurs le refus de s'alimenter de certains mélancoliques



Loup-garou : fantasme sadique oral.

comme une inhibition de l'oralité. Il postule que leur présence est à l'origine de certains thèmes délirants mélancoliques marqués par une composante sadique orale (métaphore du loup-garou).

Dans ce modèle, la manie est vue comme une lutte contre la mélancolie et concerne donc le même type de problématique. Mais dans *la manie*, le moi a surmonté la perte de l'objet en la maîtrisant ou la déniait (Freud parle de « triomphe maniaque »), et se précipite alors avidement vers d'autres objets.

Là où Freud dégage trois conditions de la mélancolie : perte de l'objet, ambivalence et régression de la libido dans le moi, Abraham va plus loin dans l'explication de ce phénomène pathologique. Il dégage *cinq facteurs explicatifs* de la psychogenèse de la mélancolie : un renforcement constitutionnel de l'érotisme oral, une fixation orale de la libido, une blessure grave du narcissisme infantile (déception amoureuse), l'apparition de la première grande déception amoureuse à l'égard des parents, objets œdipiens, et cela, avant la maîtrise des désirs œdipiens. Il se produit alors une intrication entre le complexe d'Œdipe et la phase cannibalique et les deux objets d'amour, mère et père, sont *introjectés*. Et enfin, le facteur déclenchant, vu comme une répétition de la première déception, donne lieu à un mouvement d'expulsion ce qui permet l'évacuation de l'objet. Cette dernière tendance sadique est due à un point de fixation à la première phase du stade sadique-anal. Une fois l'objet expulsé, puis détruit, il est soit introjecté, soit récupéré par dévoration, laquelle aboutit à une *identification narcissique* avec l'objet.

La mélancolie résulte donc de l'attaque contre l'objet qui, suite à ces mécanismes, devient une attaque du moi contre lui-même, par vengeance sadique. Pour Abraham, la fin de la phase mélancolique est due à la saturation des pulsions sadiques et l'objet est alors expulsé hors du moi et repart dans le monde extérieur.



Relation en miroir ou narcissique.

4. Autres apports psychanalytiques

En 1934, Melanie Klein (1882-1960), dans la continuité des travaux d'Abraham, insiste sur les mécanismes d'introjection des « bons » et des « mauvais » objets dans le moi, qui vont permettre sa structuration. Les *mauvais objets* sont des objets frustrants, mais surtout les écrans de projection de l'agressivité de l'enfant, de son sadisme à l'époque du stade oral. Il est persécuté par ses mauvais objets, si bien que l'enfant normal est parfois en proie à des angoisses que l'on rencontre dans les psychoses les plus graves. Elle postule l'existence d'un *surmoi précoce*, particulièrement sévère chez les mélancoliques et de la haine que le moi éprouve pour le ça. Pour Melanie Klein (1934), « la manie n'est pas, pour le moi, un refuge devant

la seule mélancolie, mais aussi devant une situation paranoïaque qu'il est incapable de maîtriser ».

La manie est caractérisée par le sentiment de *toute-puissance* et la *négation de la réalité psychique* : « [...] la source du conflit, dans cet état, réside en ce que le moi ne veut ni ne peut renoncer à ses bons objets intérieurs, tout en cherchant à échapper aussi bien à ses mauvais objets qu'aux dangers qu'il court à dépendre de ses bons objets ». Il trouve alors comme issue, la négation (le déni) de l'importance de ses bons objets, comme les dangers de ses mauvais objets et ceux du ça. L'*hyperactivité* est la résultante du désir d'exercer une maîtrise et un contrôle permanent sur tous ses objets. Ce besoin de maîtrise se fait via le sentiment de toute-puissance qui permet de nier la terreur inspirée par les objets, et permet aussi au mécanisme de réparation de l'objet (acquis lors de la position dépressive) de se mettre en œuvre.

Les débats ultérieurs ont concerné par exemple rôle du surmoi et/ou de l'idéal du moi dans les auto-accusations mélancoliques. Bergeret, en 1974, émet l'hypothèse d'une « structure mélancolique » dans la lignée psychotique, bien que sa psychogenèse se rapproche plus de la lignée dépressive que celle des autres structures psychotiques (paranoïaque et schizophrénique).

La mélancolie est toujours étudiée en référence au modèle freudien dont la pertinence n'est pas remise en cause, mais très peu d'écrits concernent la manie et encore moins les intervalles libres, même si Catherine Sagelas, en 2003, démontre un fonctionnement se rapprochant des « fonctionnements limites » plus que de la psychose chez des bipolaires euthymiques (en état d'humeur normale, également appelé phase normothymique).



NJ - Fotolia.com

L'oméga. Dans la mélancolie, la tristesse est parfois telle que le front du patient se plisse, laissant apparaître une forme en « oméga ».

5. L'approche thérapeutique analytique

Daniel Widlöcher dans un ouvrage de synthèse sur les troubles bipolaires en 2005, évoque l'abord *psychothérapeutique analytique* des « états dépressifs ». Comme le titre l'annonce, il n'y a pas de spécificité en fonction du caractère monopolaire ou bipolaire des troubles dans ce modèle en ce qui concerne la prise en charge. Il explique : « Depuis les tout débuts de la psychanalyse, les états dits mélancoliques ont été un objet privilégié de sa pratique ». Il ajoute que la place de l'approche psychanalytique a été modifiée avec l'avènement des ECT (électro-convulsivo-thérapie ou « électro-chocs ») et des chimiothérapies et « toute stratégie dans le domaine de la psychothérapie de la dépression doit tenir compte de la prescription du médicament ».

Widlöcher insiste sur la nécessité de délimiter le champ d'intervention de l'interprétation : « On pourrait dire que le domaine de la psychothérapie en général est celui des actions, c'est-à-dire d'actes et de pensées qui peuvent être définis par l'intention qui leur donne sens. C'est dans ce sens qu'il s'agit de dégager les règles inconscientes qui les gouvernent ». Il ajoute que l'antidépresseur joue un rôle là où la thérapie n'intervient pas : sur le ralentissement dépressif : « Le retard à l'initiation de l'acte moteur ou mental ne s'interprète pas ».

Widlöcher pense qu'il n'est pas opportun de décider d'entreprendre une psychothérapie au long cours ou une psychanalyse en phase aiguë de

dépression bien qu'un accompagnement à type de soutien puisse avoir un intérêt. Si, en phase de rémission, une thérapie s'engage, encore faut-il en définir les objectifs. Au moins, le patient doit-il être au clair sur le fait que les changements surviendront suite à des modifications de structures mentales, qu'il n'y aura pas d'action directe sur les symptômes, sans quoi, les buts et attentes s'avéreront irréalistes et la thérapie risque fort d'échouer.



Une séance de thérapie de soutien.

L'auteur définit par ailleurs *trois types de traits* décrits dans les problématiques dépressives et qui font l'objet du travail thérapeutique d'inspiration psychanalytique : la dépendance affective, la surestimation narcissique de l'idéal de soi, le jeu sado-masochique. S'il précise que le sujet des liens entre personnalité et « dépressivité » est sujet à controverse, sa position est que certains éléments de vulnérabilité à la dépression sont indépendants de la personnalité. Ceci implique, lors d'une psychothérapie, de savoir sur quoi le travail doit porter. Il précise : « Le but de la psychothérapie est donc d'ordre essentiellement préventif, en diminuant d'une part les tendances dépressogènes et en renforçant d'autre part les ressources contre le risque dépressif » (*ibid.*, p. 98).

Widlöcher lutte contre l'idée reçue que les *antidépresseurs* nuisent à la conduite d'une psychothérapie, parce qu'ils coupent le patient de ses ressentis. Il explique qu'en aucun cas le médicament n'intervient à ce niveau, qu'il ne faut pas confondre « état » et « affect » dépressif. Le traitement médicamenteux a justement pour but de redonner au psychisme l'élan nécessaire au travail d'élaboration des affects dépressifs.



Un patient prend son traitement.

6. Principaux modèles TCC de la dépression



Rôle des renforcements sociaux.

P.M. Lewinshon, dans un modèle comportementaliste, explique la dépression par les modèles d'apprentissage, notamment l'*apprentissage skinnérien* ou conditionnement opérant. Le patient se déprime par déficit de renforcements positifs, avec un intérêt particulier concernant les renforcements sociaux. Cette modification dans l'économie des renforçateurs est souvent due à des événements de vie, séparation, déménagement, etc.

Seligman en 1975 développe le modèle de l'*impuissance apprise* qu'il complètera en 1978 avec Abramson et Teasdale par les théories de l'attribution. Selon le modèle de l'impuissance apprise, Seligman explique que la dépression survient quand l'individu a été placé dans une situation douloureuse *sans pouvoir y échapper*. Ce qui revient à une impuissance apprise : celle d'éviter ou de fuir l'événement désagréable (il a notamment testé ce modèle chez le chien) dont les manifestations sont les symptômes dépressifs (incapacité à initier, passivité, etc.).

La théorie de l'*attribution causale* des événements complète cette notion de contrôle perçu. Ce contrôle peut être jugé « interne » ou « externe ». Les attributions externes (qui témoignent d'une absence de contrôle perçu par le sujet sur les événements), notamment négatifs, sont impliquées dans les décompensations dépressives. Plus précisément, la personne déprimée a des attributions causales externes pour les événements positifs, et internes pour les événements négatifs.

EXEMPLE

Exemple de contrôle « interne » : « Je n'ai pas eu ce job parce que je n'ai pas su me vendre. »

Exemple de contrôle « externe » : « Je n'ai pas eu ce job parce que le recruteur était mauvais, j'ai pas eu de chance. »

Pour Beck et Ellis, les pères de la thérapie cognitive, indépendamment de son origine multifactorielle, la dépression est comprise comme une *maladie du traitement de l'information*. En effet, le patient déprimé génère des « erreurs » du traitement qui se repèrent dans les pensées ou images mentales du patient (appelées cognitions dépressives), qui transparaissent dans son discours : « je suis nul... ».

Les cognitions dépressives ont pour caractéristiques d'être automatiques, involontaires, plausibles (non délirantes), peu conscientes, et concernent le sujet lui-même (« je suis un raté »), l'environnement (« le monde ne va plus de nos jours ») et l'avenir (« je ne m'en sortirai jamais »). Beck postule que ces pensées dépressives génèrent alors des affects dépressifs. Dans ce modèle, toute information passe par le prisme des schémas cognitifs dysfonctionnels, qui se trouvent activés par des événements de vie.



forestpath - Fotolia.com

Schéma cognitif :
ensemble de croyance sur soi et sur le monde, qui constituent des structures stables, acquises, élaborées en fonction des expériences passées et qui influencent le traitement de l'information.

Focus

Quand les schémas deviennent-ils pathogènes ?

Les schémas sont pathogènes quand ils deviennent rigides et prennent la forme d'*impératifs moraux* du type « je dois en toutes circonstances... » ; « il faut toujours que... ».

Ils ont généralement trait à :

- l'amour : « il faut que tout le monde m'aime pour que je sois heureux » ;
- la performance : « je dois réussir absolument tout ce que j'entreprends, sans aucun droit à l'erreur » ;
- l'approbation : « si je contrarie les autres, je vais perdre leur affection ».

Les schémas modifient alors les informations via des processus de distorsions (voir chap. 5, la notion de schéma cognitif).

Les buts de l'approche thérapeutique selon ce modèle seront de *diminuer l'intensité des éprouvés dépressifs*, en aidant le patient à repérer ces cognitions dépressives, l'aider à les modifier en les critiquant, puis d'effectuer le même travail sur les schémas. En parallèle, des tâches comportementales vont viser progressivement à développer des activités de plaisir.

L'utilisation conjointe de psychotropes et d'une TCC donne des résultats thérapeutiques satisfaisants, notamment en termes de *prévention* des rechutes dans les troubles dépressifs.

7. Modèle TCC des troubles bipolaires

Les modèles TCC des troubles bipolaires datent du milieu des années quatre-vingt-dix et ont été développés en France par Christine Mirabel-Sarron. Ils sont assez similaires à ceux des dépressions avec quelques spécificités portant sur la nature des schémas activés en période maniaque ou prémaniaque (qui ont trait à l'amour et à la reconnaissance affective).

Les prises en charges en TCC des troubles bipolaires contiennent toutes trois phases :

- un travail de psycho-éducation ;
- un travail cognitif sur les pensées dépressives et maniaques ;
- une troisième phase comportementale qui a pour but d'aider les patients à repérer et gérer les stress psycho-sociaux qui peuvent être fragilisants.

Ce modèle est probablement le plus utilisé au monde aujourd'hui dans la prise en charge psychothérapeutique des patients bipolaires, aussi bien pour traiter le trouble lui-même que les fréquentes comorbidités anxieuses et/ou addictives.



jean clicac - Fotolia.com

Retrouver des plaisirs simples :
une promenade dans la forêt.

Focus

La psycho-éducation

La psycho-éducation est une intervention se pratiquant le plus souvent en groupe, s'adressant aux patients bipolaires informés de leur diagnostic, en état de normothymie. Elle a pour but d'aider le patient à mieux vivre avec cette maladie en lui donnant une information exhaustive sur les connaissances scientifiques concernant ce trouble et ses traitements, de l'aider à prévenir la survenue des épisodes thymiques, en l'aidant à repérer les premiers signes d'un épisode et en définissant des stratégies d'intervention rapide pour éviter une décompensation. Les études d'efficacité de cette intervention sont très encourageantes et montrent une diminution des rechutes thymiques en fréquence et en intensité, une diminution du nombre d'hospitalisations, et des symptômes résiduels, une meilleure compliance aux médicaments et une meilleure qualité de vie. La psycho-éducation pour les patients bipolaires est en plein développement en France aujourd'hui.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Qu'est-ce que l'humeur et ses troubles ?

170

L'humeur est une disposition affective fluctuante chez un individu, qui possède une tonalité particulière à un moment donné (gaie, triste, neutre). Événements de vie, luminosité, substances chimiques, prédispositions génétiques... sont autant de facteurs qui vont influencer l'humeur et ses troubles. Au plan psychopathologique, il y a trouble de l'humeur lorsque les fluctuations de celle-ci deviennent durablement excessives. Quand les excès d'oscillations sont vers le bas, nous sommes dans le champ des troubles dépressifs, et vers le haut dans le champ de la manie (troubles bipolaires).



Comment se caractérise un trouble bipolaire ?

173

Ces troubles se caractérisent par la survenue d'épisodes dépressifs majeurs et d'épisodes maniaques (trouble bipolaire de type I) ou hypomaniaques (trouble bipolaire de type II).

Lectures conseillées

Pour commencer

BOURGEOIS M.L., GAY C., HENRY C., MASSON M. (2014). *Les troubles bipolaires*, Paris, Lavoisier.
FREUD S (1915). « Deuil et mélancolie », in *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1968, p. 145-171.
PEDINIELLI J.-L., BERNOUSSI A. (2011). *Les États dépressifs*, Paris, Armand Colin, 2^e édition.
WIDLÖCHER D. (1995). *Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, nouvelle édition.

Pour aller plus loin

CHABERT C., KAËS R., LANOUZIÈRE J., SCHNIEWIND A. (2005). *Figures de la dépression*, Paris, Dunod.
KLEIN M. (1934-1940). *Deuil et dépression*, Paris, Payot, 2004.
LEBOYER M. (dir.) (2005). *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*, Paris, John Libbey Eurotext.
MIRABEL-SARRON C. (2005). *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*, Paris, Dunod.
MIRABEL-SARRON C., LEYGNAC-SOLIGNAC I. (2011). *Les troubles bipolaires de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif. Comprendre et traiter, prévenir les rechutes*, Paris, Dunod.

Webographie

Www. UNAFAM

Site de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques.
<http://www.unafam.org>

Www. SOIN ÉTUDE ET RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

Non spécialisé dans les troubles de l'humeur, mais ce site généraliste propose d'intéressantes ressources.
<http://www.serpsy.org>

Www. TROUBLES BIPOLAIRES

Site d'une association de patients souffrant de troubles bipolaires.
<http://www.argos2001.fr>

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. L'humeur :

- ☐ est une donnée constante chez un individu.
- ☐ dépend du profil de personnalité.
- ☐ est fluctuante chez un individu.

2. On parle de trouble de l'humeur lorsque :

- ☐ les fluctuations de l'humeur deviennent durablement excessives.
- ☐ la constance de l'humeur entraîne un défaut d'adaptation.
- ☐ les expressions de l'humeur sont inadaptées aux situations quotidiennes.

3. La dépression est :

- ☐ dépendante d'un profil de personnalité donné.
- ☐ transnosographique.
- ☐ dépendante d'une structure psychique donnée.

4. La prévalence de la dépression sur une vie entière et sur la population générale est d'environ :

- ☐ 10 %.
- ☐ 20 %.
- ☐ 30 %.

5. Le « baby blues » :

- ☐ peut devenir une dépression du post-partum.
- ☐ implique obligatoirement le début d'un phénomène pathologique.
- ☐ n'est pas lié aux modifications hormonales liées à l'accouchement.

6. Le diagnostic de dépression :

- ☐ peut se faire sur un terrain somatique qui l'induit (hypothyroïdie...).
- ☐ peut se faire à la suite d'un deuil récent.
- ☐ exclut les causes précédentes.

7. Le diagnostic de trouble dysthymique ne peut se faire avant :

- ☐ 6 mois.
- ☐ 1 an.
- ☐ 2 ans.

8. Un diagnostic de trouble bipolaire peut être porté :

- ☐ dès la répétition d'au moins trois épisodes maniaques.
- ☐ si symptômes de dépressions et de manie sont co-occurents.
- ☐ s'il y a uniquement récurrence d'alternance entre épisodes dépressifs, maniaques et hypomaniaques.

9. Le modèle génétique postule pour les troubles de l'humeur :
- ☐ l'existence d'une vulnérabilité génétique.
 - ☐ une détérioration génétique en cas de troubles répétés.
 - ☐ l'existence d'un gène responsable de la dépression.
10. En psychanalyse, le lien entre deuil et mélancolie est initialement dû à :
- ☐ S. Freud.
 - ☐ K. Abraham.
 - ☐ M. Klein.
11. En phase aiguë de dépression, Daniel Widlöcher recommande plutôt :
- ☐ une thérapie de soutien.
 - ☐ une psychanalyse.
 - ☐ des traitements puis, après arrêt, un travail psychothérapeutique.
12. Dans l'approche de l'attribution causale, le contrôle (dans la dépression) est plutôt :
- ☐ externe.
 - ☐ interne.
 - ☐ interne pour les événements négatifs, externe pour les positifs.
13. Pour Beck et Ellis, la dépression est une maladie :
- ☐ de la relation.
 - ☐ des comportements appris.
 - ☐ du traitement de l'information.
14. L'un des buts dans l'approche thérapeutique de Beck et Ellis est de :
- ☐ gagner en contrôle personnel.
 - ☐ diminuer l'intensité des éprouvés négatifs.
 - ☐ déplacer le symptôme.
15. La première étape de la prise en charge par TCC des troubles bipolaires est :
- ☐ la psycho-éducation.
 - ☐ la psycho-émotion.
 - ☐ la psychodynamique.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Étude de cas

Madame M est âgée de 33 ans. Elle est mariée, mère de deux enfants de 5 ans et 3 ans. Elle a été licenciée il y a six mois. Depuis ce moment, elle se décrit comme triste, déçue et se sentant coupable de n'avoir pas été assez performante au travail. Mais depuis un mois, elle ne sort presque plus de chez elle sauf pour aller conduire et chercher les enfants à l'école. Elle tend à se recoucher après son retour de l'école le matin, mais n'arrive pas à trouver le sommeil. Elle pleure souvent dans la journée, et peine à faire les tâches ménagères se sentant épuisée et mettant un temps long pour faire la moindre chose (vaisselle, ménage) alors que d'ordinaire elle se décrit comme une femme aimant prendre grand soin de son intérieur. Avant elle lisait beaucoup de romans de science-fiction, mais ne le fait plus, elle dit que lorsqu'elle essaye de lire, elle n'y trouve plus grand intérêt, et de toute façon, a du mal à retenir ce qu'elle lit dit-elle. Les relations avec son mari sont décrites

comme difficiles, en effet, il dit ne pas comprendre son état, la trouve molle, lente et s'écoulant trop et madame M se sent coupable de ne plus avoir envie d'avoir des relations sexuelles avec son mari, alors que celui-ci est demandeur. Elle craint d'ailleurs qu'il finisse par la quitter car elle dit qu'elle n'est pas une bonne épouse, ni une bonne mère. Son sommeil est agité, et elle a tendance à se réveiller très tôt sans pouvoir se rendormir, et se voit à ce moment envahie d'idées noires. Elle a souvent songé au suicide, mais dit qu'elle ne le fera pas, cela ferait trop de peine à ses enfants et à ses parents. Elle a de plus un appétit nettement diminué et a perdu beaucoup de poids depuis un mois (près de 10 kg) alors qu'elle pesait 62 kg avant son licenciement. C'est la première fois qu'elle connaît un tel état. Elle n'a jamais eu de phases d'excitation.

Questions :

1. Quels critères de l'épisode dépressif majeur, selon le DSM-5, retrouvez-vous chez cette patiente déprimée ?
2. Comment expliquez-vous cette décompensation dépressive en référence au modèle psychanalytique et au modèle comportemental de Lewinson ?

Exercice 2 : Monsieur D., 32 ans, consulte une psychologue suite à la recommandation de son médecin généraliste. Il se dit « morose, pessimiste, pas drôle ». Sa femme le lui reproche souvent d'ailleurs. Il a l'impression d'avoir toujours été plus ou moins comme ça, en tout cas depuis le lycée. Il en a parlé à son médecin, qui lui aurait dit qu'il souffrait « d'une forme de dépression » mais le patient n'est pas d'accord avec ce diagnostic. Il reconnaît qu'il a des baisses de moral, des pertes d'énergie, parfois du mal à se concentrer, mais il dit que ce n'est pas tout le temps, pas tous les jours.

À ce stade, qu'allez-vous rechercher dans le but de vérifier quel(s) diagnostic(s) ?

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Le concept de personnalité est au cœur de la psychologie clinique, qu'elle s'intéresse aux processus normaux ou pathologiques. Elle fait l'objet de plusieurs approches, qui tentent d'en expliquer la nature et le fonctionnement. Nous tenterons donc de définir ce que l'on entend par « personnalité » et par extension ses troubles, et de l'expliciter en référence aux théories analytiques et aux modèles psychologiques. Nous aborderons également les caractéristiques des principaux troubles de la personnalité, un terme qui comme nous allons le voir, est très en lien avec le modèle que propose le DSM.

Définitions

Personnalité

La personnalité peut être comprise comme un ensemble de caractéristiques affectives, cognitives, conatives et relationnelles stables dont l'agencement définit l'identité singulière d'un individu.

Personnalité pathologique

C'est l'altération du fonctionnement relationnel et des processus qui composent la personnalité dans le sens d'une rigidification. Cette altération est source de préjudices pour l'individu et/ou son environnement du fait de l'apparition de conduites jugées inadaptées. La souffrance, en tant qu'indice de pathologie, est parfois éprouvée.

Caractère

Le caractère désigne ce qui est issu de la personnalité et directement observable par une personne externe (affectivité, comportement...). Le caractère renvoie à une manière habituelle de se comporter pour un individu donné, dans une situation précise ou vis-à-vis de certains objets investis psychiquement.

I. MODÈLES DE LA PERSONNALITÉ

1. Approches

On reconnaît à la personnalité, en tant qu'unité fonctionnelle intégrative, deux caractéristiques majeures : la personnalité contribue à la *permanence* d'un individu (notion de stabilité) et participe à sa *singularité*.

Pour autant, il existe un nombre considérable de définitions de la personnalité en fonction des modèles théoriques qui l'étudient. Martine Bouvard distingue deux familles d'approche de cette notion : l'approche *idiographique*, qui considère que la personnalité est unique et que seule une approche globale et approfondie d'un sujet permet d'y accéder et l'approche dite *nomothétique*, qui considère que les individus présentent suffisamment de similitudes pour étudier des groupes et repérer des caractéristiques communes.

2. Perspectives psychanalytiques

Dans ce modèle, la personnalité va être décrite plutôt selon l'approche *idiographique*, bien que des généralités puissent être dégagées. Ici, la personnalité d'un individu va être décrite en termes de structure (Jean Bergeret) ou de fonctionnement psychique, en prenant toujours en considération l'un des apports majeurs de Freud : avoir montré qu'il n'y a pas de différence de *nature* entre le fonctionnement psychique normal et pathologique.

Selon l'approche psychanalytique, la personnalité va être décrite selon différentes notions, en référence à la métapsychologie et au développement psycho-affectif et à ses avatars.

Freud avait au départ décrit les fonctionnements névrotiques, psychotiques et pervers. Puis, d'autres types de personnalité ont été décrits en affinant les descriptions (principalement, les états limites).

Une *personnalité névrotique* se caractérise par un moi relativement bien construit, qui lutte de manière adaptée contre les exigences du surmoi, les pressions du ça et du monde extérieur. Ses modalités de lutte, traduites par les mécanismes de défenses, sont variées, souples et permettent une adaptation satisfaisante. Les points de fixation, issus du développement libidinal, marqueront des traits de fonctionnement qui décriront plus finement la structure.

Ainsi les *fixations anales* (Freud avait décrit le caractère anal) expliquent les comportements exprimant ce qui est de l'ordre du contrôle (ce qui peut être prévu, planifié, préoccupations anxieuses des erreurs possibles...), de la maîtrise (du temps, de l'argent, évitement des imprévus...), de l'exactitude et de la méticulosité. Ce qui se gagne du point de vue de l'ordre et de la stabilité se perd sur le terrain de l'imaginaire et de la spontanéité. On peut repérer cela chez les individus structurés sur un mode obsessionnel.

Les *fixations orales et phalliques* rendront compte de la dimension de quête affective chez les structures hystériques par exemple. La personnalité est marquée par un besoin de susciter l'intérêt, une insatisfaction affective souvent associée à une plainte, une hyperexpressivité.

Focus La métaphore du cristal

Pour Freud, la personnalité est comme un cristal (d'où l'idée d'une structure). S'il y a choc (événement traumatique...), le cristal ne se fêlera pas n'importe comment, il se fêlera selon les lignes de sa structure. Ainsi, une structure obsessionnelle décompensera sur un mode obsessionnel (apparition de symptômes névrotiques obsessionnels).

« Si nous jetons un cristal par terre, il se brise, mais pas n'importe comment, il se casse suivant ses directions de clivage en des morceaux dont la délimitation, bien qu'invisible, était cependant déterminée à l'avance par la structure du cristal. Des structures fêlées et fissurées de ce genre, c'est aussi ce que sont les malades mentaux » (Freud, à propos du moi et de ses clivages, in « Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse », 1933).

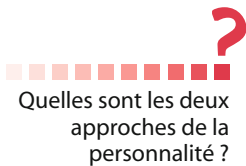
Le moi est au cœur de ce que l'on pourrait appeler la personnalité. Mais il faut cependant rappeler qu'en psychanalyse, l'étude du moi ne signifie pas grand-chose en soi, s'il n'est pas décrit en rapport avec les autres instances de la seconde topique (ça et surmoi).



Un cristal : une structure.

Galya Andrushko - Fotolia.com

3. Les modèles dimensionnels de la personnalité



L'approche dimensionnelle s'oppose à l'approche catégorielle. Dans cette dernière, le classement se fait en termes de *catégorie*, soit en « tout ou rien » : présence ou absence de telle ou telle caractéristique (présence ou absence d'un épisode dépressif majeur, par exemple).

Dans l'approche dimensionnelle, les traits ou symptômes sont envisagés sur un continuum, à partir d'analyses statistiques, qui situent le sujet sur une distribution du trait considéré dans une population de référence. Sa position par rapport à l'ensemble du groupe va être décrite comme s'éloignant plus ou moins de la moyenne, en excès ou en défaut.

Aujourd'hui, deux modèles dimensionnels sont dominants.

Le modèle de *Cloninger* se fonde en partie sur des hypothèses génétiques et neurobiologiques. Cloninger distingue en fait le tempérament et le caractère :

- le tempérament est la composante génétique de personnalité. Sont décrits : évitement du danger, recherche de nouveauté, dépendance à la récompense et persévérance ;
- le caractère relève, lui, de l'acquis, des interactions avec l'environnement, des apprentissages. Cloninger décrit les traits de caractères suivants : détermination, coopération et transcendance.

Le modèle à cinq facteurs (*Big Five*), quant à lui, propose un modèle issu d'analyses factorielles, en cinq dimensions (valables chez l'adulte comme chez l'enfant) : trait névrotique, extraversion, ouverture, altruisme, caractère consciencieux. Initié par Mc Crae et Costa (1987), ce modèle a pour origine une étude lexicale à partir des descripteurs du comportement (le prérequis étant que les différences individuelles significatives en termes de comportement et de conduites sont décrites par le langage). Le modèle de Cattell à seize facteurs (1970) est l'un des précurseurs du *Big Five*.

Le modèle des *Big Five* est si solide empiriquement que le DSM-5 propose, bien que timidement, que l'on en tienne compte dans l'évaluation de la personnalité et de ses troubles. C'est une avancée importante pour ce système de classification, jadis très catégoriel, que de prendre en compte des aspects dimensionnels. Cependant, cette approche est proposée afin de stimuler les recherches et n'a pas encore permis de modifier les critères diagnostiques des troubles de la personnalité, qui sont restés les mêmes que ceux du DSM-IV.

II. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

1. Principes

Les troubles de la personnalité peuvent être évalués au plan catégoriel ou dimensionnel.

Le DSM propose une évaluation des troubles de la personnalité qui reste très catégorielle malgré l'incitation récente à considérer des aspects dimensionnels. Dans ce modèle, les troubles de la personnalité sont définis comme une *modalité durable* de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, entravant l'adapta-

Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (selon la CIM-10) :
modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ces troubles représentent des déviations soit extrêmes soit significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont généralement stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement social d'intensité variable.

tion sociale, relationnelle de l'individu et/ou génère une souffrance chez lui. Les domaines d'expression de ces troubles sont envisagés sous les angles :

- cognitifs : la perception de soi, des autres, du monde ;
- affectifs : la nature qualitative et quantitative des réponses émotionnelles ;
- du fonctionnement interpersonnel ;
- du contrôle des impulsions.

Les troubles de la personnalité apparaissent en fin d'adolescence ou au début de l'âge adulte

Selon les études épidémiologiques, leur prévalence globale en population générale varie de 3 % à 13 %.

Focus

Comment les troubles mentaux interfèrent avec la personnalité, voire les troubles de la personnalité ?

Une pathologie mentale qui dure peut altérer la personnalité d'un individu, ou au moins certains traits (par exemple, un trouble anxieux venant potentialiser le vécu abandonnique chez une personnalité borderline). À l'inverse, un trouble de la personnalité constitue plutôt un mauvais pronostic dans l'évolution d'une pathologie mentale (par exemple, des épisodes dépressifs sur un trouble de la personnalité ont tendance à se chroniciser de façon plus importante qu'en l'absence de trouble). Ceci oblige, lors d'une évaluation, à tenir compte de la personnalité prémorbide du patient, afin de pouvoir mieux cerner les liens entre les deux niveaux considérés. À l'inverse, les traits de personnalité peuvent favoriser l'apparition d'un trouble, sans toutefois les déterminer totalement. Ainsi, les personnalités borderline possèdent un risque élevé de conduites addictives (voir le chapitre 11 sur les addictions) ou encore suicidaires. Ou encore, la personnalité schizoïde peut influencer l'apparition d'une schizophrénie.

LE DSM regroupe les troubles de la personnalité en *trois groupes* :

- A : les personnalités dites « étranges » : paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Ces personnalités seraient plus enclines à développer des troubles psychotiques ;
- B : les personnalités dites « dramatiques » : antisociale, borderline, hystérique et narcissique, plus à risque de présenter des troubles liés aux abus de substances ;
- C : les personnalités dites « anxieuses » : évitante, dépendante, et obsessionnelle-compulsive, à risque de présenter des dépressions et des troubles anxieux.



Quels sont les trois groupes DSM de troubles de la personnalité ?

2. Le groupe A

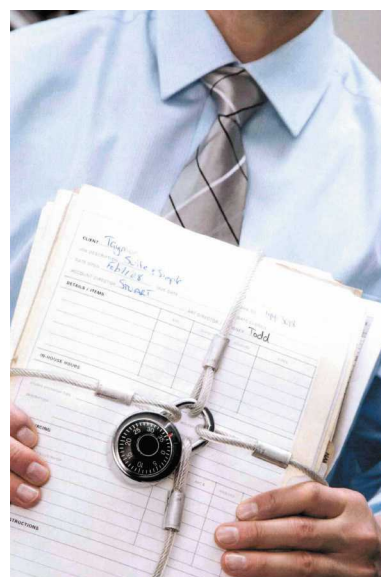
La personnalité paranoïaque

Elle se caractérise par une méfiance envahissante vis-à-vis d'autrui, dont les actes ou intentions sont interprétés comme malveillantes. Les thèmes de méfiance sont très variés, mais se centrent souvent sur la fidélité du conjoint, la loyauté des proches. En proie au doute, suspicieux, le paranoïaque se confie très difficilement, se sent facilement trahi, bafoué, humilié via des mécanismes d'interprétation.

La psychiatrie classique insistait sur les trois dimensions du paranoïaque : fausseté du jugement, hypertrophie du moi et psychorigidité.

Au cours de sa vie, un individu souffrant de trouble de la personnalité paranoïaque peut présenter des délires paranoïaques.

On dit souvent que les proches d'un paranoïaque souffrent plus que lui et qu'il consulte rarement spontanément. C'est



Paul Burns – Fotolia.com



Le président Schreber.

souvent à l'occasion d'une décompensation délirante que les paranoïaques rencontrent le système de soin.

Au plan psychanalytique, Freud a décrit les mécanismes de la paranoïa dans l'étude du cas du président Schreber. Le mécanisme principal en serait la projection, notamment de pulsions homosexuelles : « Je l'aime, lui, un homme », est transformé en « je le hais » qui via la projection se transforme en « il me hait », dans l'expression d'un délire de persécution.

La personnalité schizoïde

Elle décrit, quant à elle, un détachement marqué des relations et un appauvrissement des émotions dans les rapports sociaux (incapacité à éprouver du plaisir, à exprimer une émotion, indifférence aux éloges ou aux réprimandes...). Ces personnalités sont isolées, ne recherchent pas le contact d'autrui, préfèrent des activités solitaires, limitent souvent leur réseau social à la cellule familiale. Ils sont peu intéressés par les relations sexuelles, semblent indifférents aux remarques et sont souvent d'un abord froid.

La personnalité schizotypique

Elle est aussi caractérisée par un déficit de compétence relationnelle et un isolement, mais à la différence des personnalités schizoïdes, ceci est plus dû à des distorsions cognitives et perceptuelles, ainsi que des conduites bizarres ou excentriques.

Les personnes schizotypiques vont se montrer anxieuses en interaction sociale, méfiantes, voire se sentir persécutées. Des illusions corporelles, des idées de référence côtoient un langage bizarre, complexes. Les propos témoignent de croyances « ésotériques » non courantes dans la culture ou milieu social du sujet (voyance, télépathie...). Les affects sont souvent pauvres ou inadéquats et l'excentricité peut marquer les propos, la tenue vestimentaire ou autre.

Dans une perspective nosographique psychanalytique, ces personnalités du groupe A se rattachent au champ des *psychoses*.



Monamakeia - Fotolia.com

Tenue vestimentaire excentrique.

3. Le groupe B

La personnalité antisociale

Le DSM décrit cette entité comme un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui, pouvant se manifester par une incapacité à se conformer aux normes sociales (répétition de comportements légalement répréhensibles). Une attitude de tromperie (mensonges, escroque-

ries), un mépris de sa propre sécurité ou de celle des autres, sans remords ni culpabilité. L'impulsivité, l'irritabilité et l'agressivité se manifestent souvent dans des bagarres, des agressions. La vie sociale et professionnelle est marquée par l'instabilité, par manque de respect des règles. On les appelle aussi « psychopathes », dans d'autres référentiels.

La personnalité borderline

Elle est marquée par un polymorphisme important des manifestations cliniques. La CIM-10 distingue deux catégories de personnalité labiles : les *impulsifs* (instabilité émotionnelle, manque de contrôle des impulsions) et les *borderline* (perturbation de l'image de soi, incertitudes des choix, des préférences, des valeurs..., sentiment envahissant de vide). Le DSM en fait, quant à lui, une entité globale, un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés (*NB* : ne pas inclure les comportements suicidaires et les automutilations énumérés dans le critère 5) ;
- mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou la notion de soi ;
- impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuses, crises de boulimie) ;
- répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'auto-mutilation ;
- instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (par exemple, dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- sentiment chronique de vide ;
- colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (par exemple, fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
- survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.



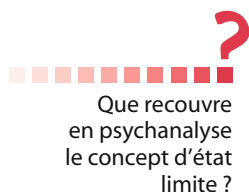
Tentative de suicide.



Transgression et loi.

Rolphoto - Fotolia.com

Les personnes borderline ont tendance à s'engager dans des relations instables, très intenses (souvent fusionnelles, et avec un noyau sado-masochiste), avec des stratégies de lutte contre les possibles abandons (menaces suicidaires, gestes auto-agressifs...).



Que recouvre
en psychanalyse
le concept d'état
limite ?

Focus

La notion d'état limite en psychanalyse

D'un point de vue psychanalytique, au départ, la notion d'état limite permettait de caractériser des patients dont la psychopathologie apparaissait entre la névrose et la psychose. Les travaux ont permis d'avancer dans la compréhension de ce fonctionnement, tantôt vu comme une structure ou une organisation spécifique, ne se définissant plus comme étant un flou entre névrose et psychose.

Là où le DSM propose une description sémiologique fine, les modèles psychanalytiques tentent d'expliquer les enjeux intrapsychiques de ces personnalités.

Ainsi, Otto Kernberg, en 1975, propose le terme « d'organisation limite », reflétant le caractère organisé du trouble malgré son polymorphisme symptomatique, dont l'analyse structurelle révèle un moi faible, la prégnance des processus primaires et des mécanismes défensifs primitifs (clivage, projection, identification projective, déni...).

En France, Jean Bergeret comprend les états limites comme une absence de structure (à la différence des névroses et des psychoses), s'expliquant par un traumatisme réel et précoce qui a entravé le développement, empêchant l'accès à l'œdipe. L'angoisse qui les caractérise et celle de perte d'objet, les relations d'objet sont de type anaclitique (l'autre est envisagé comme un soutien, une béquille). Pour Bergeret, il s'agit en fait d'une pathologie du narcissisme, où la relation de dépendance à l'autre (oscillant de l'idéalisation quand il gratifie, et la désidéalisation quand il frustre) cherche en vain à réparer l'individu. En fonction du soutien reçu par l'objet ou de son absence, les passages dépressifs sont fréquents.

La personnalité histrionique

Elle renvoie pour partie aux éléments de personnalité que nous avons abordés dans l'étude de la névrose hystérique. À savoir que cette personnalité est caractérisée par des réactions émotionnelles excessives ainsi qu'une forte quête d'attention. Ceci se manifeste par un besoin d'être au centre de l'attention, les relations sociales sont marquées par la superficialité, la séduction, avec une mise en avant de l'aspect physique. L'expression émotionnelle est souvent excessive (dramatisation, exagération, théâtralisme) et changeante. La suggestibilité est marquée, les propos sont très subjectifs mais pauvres en détail.



Coka - Fotolia.com

L'amour de soi.

La personnalité narcissique

Elle se définit par un sentiment de soi grandiose se manifestant par le besoin d'être admiré et un manque d'empathie. Le sujet se sent unique, différent et supérieur et s'attend à être traité en fonction de ces valeurs. Ses pensées sont nourries de fantaisie de succès illimité, de grandeur, de pouvoir, de splendeur et d'amour idéal. L'autre est envisagé comme un miroir, un faire-valoir ou est utilisé pour satisfaire ses besoins d'admiration (manque d'empathie et d'altérité). L'arrogance et des traits hautains sont fréquents.

Focus

Le mythe de Narcisse



Narcisse (Michelangelo Merisi da Caravaggio, dit Le Caravage, 1594-1596).

Il existe plusieurs versions du mythe de Narcisse. La plus connue est celle d'Ovide (*Les Métamorphoses*). Il raconte que Narcisse était un jeune homme (fils d'une nymphe et d'un fleuve) d'une exceptionnelle beauté, mais aussi très orgueilleux. Beaucoup de jeunes femmes et de jeunes hommes étaient épris de lui, mais il repoussait leurs avances. La nymphe Écho meurt de douleur après que Narcisse l'a repoussée, ne devenant plus qu'un filet de voix répétant les dernières paroles prononcées (une malédiction qui ne fait en fait que se prolonger, puisqu'il s'agissait d'un châtement infligé par Héra dont la bavarde Écho distrayait l'attention pour faciliter les adultères de Zeus). Les sœurs d'Écho obtinrent de Némésis que Narcisse fut puni, et un jour, alors qu'il souhaitait s'abreuver,

Narcisse voit son reflet et s'éprend, à son tour, de son image. Incapable de soustraire son regard, il oscille entre contemplation et désespoir, celle de ne pouvoir assouvir son amour, à l'instar des personnes qu'il avait éconduites. Il finit par dépérir et à l'endroit de sa mort poussa une fleur safran dont le centre est entouré de pétales blanches, le narcissé. Même après sa mort, le mythe veut que Narcisse continue à se mirer dans le Styx...

4. Le groupe C

La personnalité évitante

Elle caractérise des sujets inhibés au plan social, craignant vivement les jugements négatifs d'autrui et ne se sentant pas à la hauteur, incompétents, pas intéressants. La crainte de la critique et des jugements font que certaines situations sociales sont évitées, l'implication relationnelle est très prudente. Certains auteurs discutent la pertinence de cette catégorie diagnostique au regard de sa proximité avec la phobie sociale.

La personnalité dépendante

Elle décrit, quant à elle, des personnes ayant un besoin excessif d'être pris en charge, craignant la séparation, volontiers soumis ou « collants ». Les décisions ne sont pas prises seul ou sans réassurance ou conseil. Les responsabilités doivent être assumées par les autres, l'inhibition se traduit pas une difficulté à exprimer un désaccord de crainte du rejet. Peu d'initiatives sont prises, la solitude génère un vif sentiment d'incapacité à se débrouiller seul. Lors de la fin d'une relation, une autre est vite recherchée.

La personnalité obsessionnelle-compulsive (ou anankastique)

Justin b - Fotolia.com



Déjà abordée dans le chapitre traitant de la névrose obsessionnelle, cette personnalité se manifeste par une préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel. Ces personnalités ont tendance à se perdre dans les détails, les planifications au point d'en perdre en temps et en efficacité. Le perfectionnisme rend la terminaison d'une tâche très problématique. Le travail tend à être surinvesti au détriment des loisirs et des relations. Une certaine rigidité marque le système de valeur et de croyance (souci de la morale et de l'éthique très prononcé). On peut relever une difficulté à jeter des objets, une avarice, un entêtement ainsi qu'une difficulté à déléguer des tâches.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Quelles sont les deux approches de la personnalité ?

188

L'approche dimensionnelle s'oppose à l'approche catégorielle. Dans cette dernière, le classement se fait en termes de *catégorie*, soit en « tout ou rien » : présence ou absence de telle ou telle caractéristique (présence ou absence d'un épisode dépressif majeur, par exemple).

Dans l'approche dimensionnelle, les traits ou symptômes sont envisagés sur un *continuum*, à partir d'analyses statistiques, qui situent le sujet sur une distribution du trait considéré dans une population de référence. Sa position par rapport à l'ensemble du groupe va être décrite comme s'éloignant plus ou moins de la moyenne, en excès ou en défaut.



Quels sont les trois groupes DSM de troubles de la personnalité ?

189

Groupe A : les personnalités dites « étranges » : paranoïaque, schizoïde et schizotypique. Ces personnalités seraient plus enclines à développer des troubles psychotiques.

Groupe B : les personnalités dites « dramatiques » : antisociale, borderline, histrionique et narcissique, plus à risque de présenter des troubles liés aux abus de substances.

Groupe C : les personnalités dites « anxieuses » : évitante, dépendante, et obsessionnelle-compulsive, à risque de présenter des dépressions et des troubles anxieux.



Que recouvre en psychanalyse le concept d'état limite ?

192

D'un point de vue psychanalytique, au départ, la notion d'état limite permettait de caractériser des patients dont la psychopathologie apparaissait entre la névrose et la psychose. Les travaux ont permis d'avancer dans la compréhension de ce fonctionnement, tantôt vu comme une structure ou une organisation spécifique, ne se définissant plus comme étant un

flou entre névrose et psychose. Les modèles psychanalytiques tentent d'expliquer les enjeux intrapsychiques de ces personnalités.

Ainsi, Otto Kernberg en 1975 propose le terme « d'organisation limite », reflétant le caractère organisé du trouble malgré son polymorphisme symptomatique, dont l'analyse structurelle révèle un moi faible, la prégnance des processus primaires et des mécanismes défensifs primitifs (clivage, projection, identification projective, déni...).

En France, Jean Bergeret comprend les états limites comme une absence de structure (à la différence des névroses et des psychoses), s'expliquant par un traumatisme réel et précoce qui a entravé le développement, empêchant l'accès à l'œdipe. L'angoisse qui les caractérise et celle de perte d'objet, les relations d'objet sont de type anaclitique (l'autre est envisagé comme un soutien, une béquille). Pour Bergeret, il s'agit en fait d'une pathologie du narcissisme, où la relation de dépendance à l'autre (oscillant de l'idéalisation quand il gratifie, et la désidéalisation quand il frustre) cherche en vain à réparer l'individu. En fonction du soutien reçu par l'objet ou de son absence, les passages dépressifs sont fréquents.

Lectures conseillées

Pour commencer

BERGERET J. (2013). *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod (3^e éd.).

HANSENNE M. (2005). *Psychologie de la personnalité*, Bruxelles, De Boeck (2^e éd.).

MICHEL G., PURPER-OUAKIL D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*, Paris, Dunod.

Pour aller plus loin

FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (2002). *Les Troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion.

KERNBERG O. (2016a). *La Personnalité narcissique*, Paris, Dunod.

KERNBERG O. (2016b). *Les Troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod.

MEHRAN F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline*, Paris, Masson (2^e éd.).

Webographie

Www. SANTÉ ET SANTÉ MENTALE

Un site canadien de vulgarisation scientifique mais aux références sûres. Le dossier « Troubles de la personnalité » permet de retrouver l'ensemble des critères. Consulter plus largement la section « Santé mentale ».

<http://www.psychomedia.qc.ca>

Www. AAPEL À L'AIDE

Site de l'Association d'aide aux personnes avec un « état limite », complet.

<http://www.aapel.org>

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. La notion de troubles de la personnalité :
 - ☐ est le terme « savant » des pathologies névrotiques.
 - ☐ est en lien avec la perspective athéorique du DSM.
 - ☐ regroupe certaines pathologies mentales.
2. Quelle que soit l'approche considérée, la personnalité est perçue comme :
 - ☐ stable.
 - ☐ instable.
 - ☐ neutre de base, fonction des événements.
3. Des fixations anales expliquent plutôt la :
 - ☐ névrose anxieuse.
 - ☐ névrose obsessionnelle.
 - ☐ névrose hystérique.
4. Le modèle des Big Five s'inscrit dans :
 - ☐ une approche dimensionnelle.
 - ☐ une approche catégorielle.
 - ☐ aucune de ces approches.
5. Le président Schreber est une étude de cas :
 - ☐ de paranoïa.
 - ☐ d'état limite.
 - ☐ de schizotypie.
6. Le groupe A (DSM) correspond plutôt en psychanalyse aux :
 - ☐ névroses.
 - ☐ états limites.
 - ☐ psychoses.
7. Le sentiment chronique de vide caractérise plutôt les personnalités :
 - ☐ borderline.
 - ☐ dépendantes.
 - ☐ schizoïdes.
8. La personnalité évitante est parfois rapprochée, voire assimilée aux :
 - ☐ phobies du toucher.
 - ☐ phobies sociales.
 - ☐ agoraphobies.

9. Le besoin de réassurance appartient plutôt à la personnalité
- ☐ dépendante.
 - ☐ histrionique.
 - ☐ narcissique.
10. La personnalité anankastique est la dénomination dans la CIM de la :
- ☐ personnalité obsessionnelle.
 - ☐ perversion.
 - ☐ personnalité dépendante.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : La catégorie « personnalité dépendante » du DSM peut être discutée au regard des théories psychanalytiques. Expliquez en quoi la personnalité dépendante peut être comprise en référence au fonctionnement limite et ou hystérique.

Exercice 2 : Les troubles de la personnalité sont-ils en continuité avec les pathologies psychiatriques ?

Exercice 3 : Faites une recherche (dans ce livre, d'autres livres, sur Internet, etc.) pour recenser les principaux instruments à disposition des psychologues pour évaluer la personnalité.



LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Introduit en 1845 par le médecin allemand Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), le terme de psychose désigne une perte de contact avec la réalité, ce qui peut mener à des troubles très importants, avec mise en danger du patient et/ou de son entourage. Il désigne tantôt une structure de personnalité, tantôt un état psychopathologique, et dans ce dernier cas peut alors désigner un trouble aigu ou chronique. Les psychoses ont donné lieu à de nombreuses nosographies. Par exemple, l'approche longitudinale d'Emil Kraepelin (1856-1926) qui décrivait la démence précoce qui deviendra la schizophrénie (terme apporté par Eugen Bleuler, 1857-1939).

1. Structure psychotique

Le terme de structure psychotique renvoie à un mode d'organisation stable de la personnalité constituant un terrain propice à l'éclosion de troubles psychotiques. Cette structure est marquée, en psychanalyse, par un arrêt du développement libidinal à un stade très précoce, ne plaçant pas ces structures dans la lignée génitale, œdipienne.

2. Délire

Le délire est une croyance en une idée erronée, qui s'oppose à la réalité ou à l'évidence. Cette idée s'impose comme une évidence et fait l'objet d'une conviction inébranlable. Enfin, elle n'est pas partagée par le groupe socioculturel auquel appartient le sujet.

3. Hallucination

Il s'agit d'une perception sans objet et fait partie des fausses perceptions avec les illusions (déformation dans la perception d'un objet réel). Les hallucinations peuvent être psychiques (intrusion du monde extérieur sur la vie psychique du sujet) ou psychosensorielles (hallucinations visuelles, auditives...).

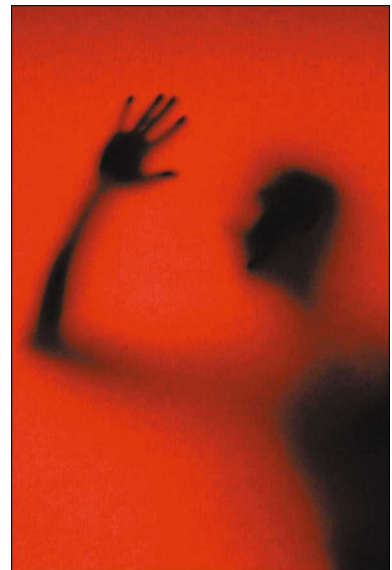
I. LA SCHIZOPHRÉNIE

1. Présentation

Cette maladie touche 1 % de la population. Elle se caractérise par un pôle dit « positif » et un pôle dit « négatif ». Au cœur de cette pathologie, se trouve un syndrome dissociatif (ou de discordance) lequel peut s'associer à un syndrome délirant.

Le *syndrome dissociatif* traduit la perte d'unité de la personne. Elle est caractérisée par :

- l'ambivalence : la capacité simultanée d'éprouver des sentiments ou faire des actes contradictoires ;
- la bizarrerie : les comportements et propos du patient sont incompréhensibles, hermétiques ;
- le détachement ou retrait autistique : le patient se coupe du monde et se replie sur soi.



BonczijkMagali - Fotolia.com

Dans la schizophrénie, le vécu d'unité de la personne est compromis.

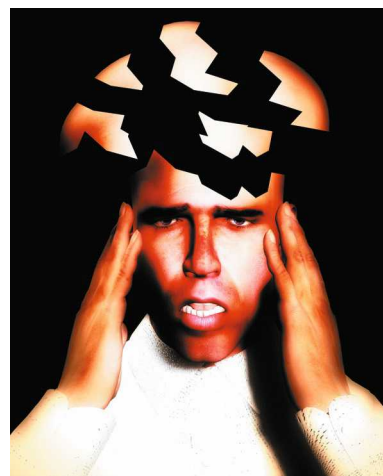
Qu'est-ce qu'un syndrome dissociatif ?

2. Manifestations

Dans le *champ de la pensée* : il s'agit de troubles du cours de la pensée. Celle-ci est tantôt prolixe, tantôt très ralentie. Elle consiste en un flou embrouillé très difficile à suivre du fait notamment des troubles de la logique (raisonnement arbitraire) et de troubles du langage et de la parole (néologisme, schizophasie). Sont également observés des barrages (arrêt brusque du discours) et le *fading mental* (la voix diminue progressivement en intensité). Le langage est volontiers abstrait, symbolique, métaphorique avec un certain maniérisme.

Dans le *champ émotionnel* : l'ambivalence est ici aisément repérable, les affects, quand ils ne sont pas émoussés, ne sont pas adaptés au contexte et des affects contradictoires sont observés simultanément. Des rires immotivés sont fréquemment décrits. Les angoisses peuvent être massives et très archaïques (angoisse de morcellement, d'anéantissement).

Dans le *champ des comportements* : l'apragmatisme (perte d'inertie, désintérêt) peut aller jusqu'à une immobilité, des mimiques curieuses, une raideur.



Chris Harvey - Fotolia.com

Un patient schizophrène peut vivre son corps comme étant morcellé.

3. Délire paranoïde du schizophrène

Les thèmes sont ici très variés (persécution, complot, possession diabolique, négation d'organes, mystiques érotomaniaques, etc.). Tous les mécanismes peuvent être retrouvés (imagination, interprétation...), mais les hallucinations sont très fréquentes ainsi qu'un automatisme mental. Ce délire est flou, non systématisé, incohérent.

Focus

Définition de l'automatisme mental selon de Clérembault



Plaque commémorative en l'honneur de Gaëtan Gatian de Clérembault (1872-1934) à Malakoff.

L'automatisme mental consiste en une effraction interne de la pensée. De Clérembault en a décrit deux :

- le petit automatisme mental se caractérise essentiellement par des phénomènes comme un écho de la pensée, un devinement de celle-ci (la sienne ou celle des autres) de la lecture, un sentiment de prise de la pensée, ou de pensée devancée. Les actes sont dénoncés, commentés. Certaines pensées ou actes sont imposés au sujet ;
- le grand automatisme mental, quant à lui, se décompose en trois dimensions : au plan idéo-verbal, on retrouve en plus des éléments du petit automatisme mental, des hallucinations auditives et psychiques ; au plan moteur, des hallucinations motrices et kinesthésiques (sensation de mouvement) et au plan sensoriel, des hallucinations psychosensorielles non auditives.

Aujourd'hui, on préfère parler de *troubles schizophréniques*, pour refléter la grande diversité des formes cliniques rencontrées, qui font que cette pathologie n'est pas homogène.

On distingue :

- la schizophrénie paranoïde : forme décrite ci-dessus ;
- la schizophrénie simple : qui ne présente ni délire, ni hallucination ;
- l'hébéphrénie : à début insidieux, commençant à l'adolescence avec prédominance du tableau dissociatif ;
- l'héboïdophrénie : qui est une forme associant des traits anti-sociaux ou psychopathiques ;
- la schizophrénie dysthymique (ou troubles schizo-affectif) : associant des troubles de l'humeur.

Il existe aussi deux formes plus rares :

- la forme catatonique : la dissociation marque le fonctionnement moteur ;
- les formes pseudo-névrotiques : la pathologie peut être masquée par divers symptômes névrotiques (obsessions, phobies, etc.).

4. Étiopathogénie



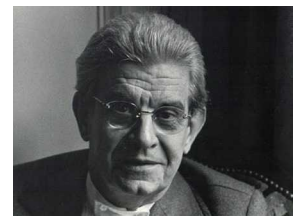
Problème dans l'acquisition de la différenciation Soi/autre.

De multiples hypothèses ont été formulées au fil du temps : hypothèse virale (grippe de la mère pendant la grossesse), traumatismes crâniens infantiles, carences alimentaires... Si ces hypothèses sont infirmées, pour autant il est important de noter que les troubles schizophréniques possèdent un déterminisme multiple. Des facteurs génétiques sont notamment incriminés (sans déterminisme absolu, il s'agit d'une vulnérabilité), et l'expressivité des troubles serait fonction notamment de données liées à l'environnement.

L'approche psychanalytique s'est rapidement intéressée aux psychoses et à la schizophrénie en particulier. Ainsi, pour Freud, la schizophrénie est caractérisée par un repli narcissique de la libido sur le moi, via les expériences délirantes, lesquelles concentrent alors l'énergie libidinale, dans une nouvelle réalité. Il décrit aussi les particularités du langage des schizophrènes ; ils ont tendance à traiter les choses abstraites comme si elles étaient concrètes (confusion entre représentation de mots et représentation de choses). Par ailleurs, certaines expressions perdent leur sens métaphorique, touchant notamment les organes, qui sont souvent au premier plan dans le discours et les délires des schizophrènes. Par exemple : « Je me mets la rate au court-bouillon, je sens que ça cuit, ça mijote là. »

Pour Abraham, le développement du schizophrène s'est interrompu au stade oral, moment où la différenciation d'avec l'autre n'est pas encore acquise. L'objet à ce stade est incorporé, et « objet » et « sujet » se confondent. Ceci explique la non-différenciation entre soi et l'autre chez le patient schizophrène. L'autre n'est qu'un prolongement de soi, le corps n'a pas de limites propres. Notons que Jacques Lacan parle de « forclusion du nom du père » pour décrire la psychose, ce qui décrit bien la non-structuration œdipienne, où la relation à l'objet est fusionnelle, le père n'ayant pu faire tiers.

Melanie Klein, quant à elle, a avancé une fixation à la phase schizo-paranoïde. Ceci explique



Jacques Lacan (1901-1981).

les angoisses de morcellement et de mort par incorporation du mauvais objet détruit par le sadisme oral.

Pour Bergeret, la personnalité est constituée soit par une structure (névrotique ou psychotique) soit par une absence de structure (où l'on retrouve les états limites, pervers, etc.). Tant que la structure est stable, il n'y a pas lieu de parler de pathologie. C'est en cas de décompensation qui se fera selon le mode imposé par la structure, que l'on tombe dans le champ de la psychopathologie. Selon lui, les structures psychotiques ont pour cause trois facteurs : un déficit personnel, des frustrations très précoces, et une toxicité maternelle importante et prolongée.

Focus

La structure psychotique selon Bergeret

Bergeret note que des frustrations très précoces dues à un défaut de pare-excitation maternelle peuvent expliquer des structures psychotiques.

Cela va marquer irrémédiablement la structure, du fait d'une défaillance de l'organisation narcissique primaire, occasionnant une relation fusionnelle à la mère, sans différenciation, et qui se trouvera sans cesse répétée dans les autres relations. L'angoisse est centrée sur le morcellement, la destruction, la mort par l'éclatement. Le conflit se situe entre la réalité et les besoins pulsionnels élémentaires. Les mécanismes de défenses privilégiés sont la projection, le clivage du moi et le déni de la réalité. Les différents avatars de la structure psychotique vont de la plus archaïque (schizophrénie) à la plus aboutie (paranoïa).

Pare-excitation : fonction qui consiste à protéger un enfant d'un excès de sollicitations, lorsque le psychisme de ce dernier ne peut faire face.

II. LES SYNDROMES DÉLIRANTS

1. Figures des syndromes délirants

Il s'agit de maladies caractérisées par la présence *chronique d'un délire*, mais sans signes de dissociation. Sont ainsi définis :

- les délires paranoïaques ;
- la psychose hallucinatoire chronique ou PHC ;
- la paraphrénie ;
- les délires paranoïaques.



Comment se caractérise un délire ?

Focus

Caractérisation d'un délire

Le délire est caractérisé en psychopathologie selon six modalités :

- son et ses thèmes : persécution, mégalomanie, influence, jalousie... ;
- son ou ses mécanismes : intuition, imagination, interprétation, illusion... ;
- son degré de systématisation : développement cohérent et ordonné (systématisé) *versus* polymorphe ;
- son niveau d'extension : en secteur (qu'une partie de la vie du sujet) ou en réseau ;
- le niveau de congruence (adéquation) entre le délire et l'humeur ;
- son caractère aigu ou chronique.

On note par ailleurs le degré de conviction que le sujet a par rapport à son délire ou ses idées délirantes.



Un thème fréquent dans les délires paranoïaques : le regard, qui surveille, épie, guette.

Nous avons abordé les délires paranoïaques dans les structures de personnalité. Il résulte de phénomènes d'interprétations et se manifeste par des croyances délirantes. Ce sont des délires systématisés (ils n'envahissent pas tous les domaines de la vie), et différents sous-types sont définis :

- le *délire sensitif de relation* de Kretschmer : la sensibilité décrit une méfiance accrue, une susceptibilité marquée ainsi que des traits de personnalités tels que la timidité, la tendance à la dépression. Tous ces traits caractérisent la personnalité sur laquelle le délire de persécution peut apparaître (à l'occasion d'événements vécus comme des humiliations, échecs, etc.). Ce trouble n'est plus répertorié dans

les classifications récentes ;

- les *délires passionnels* : ils partent d'un postulat erroné, source d'une interprétation qui va fonder un délire (mais le raisonnement conserve sa logique). On parle parfois de raisonnement juste sur un postulat erroné. L'exaltation est souvent présente et traduit la force de conviction qu'a le sujet en son délire, qui peut se manifester sous formes de revendications (multiples procès intentés, etc.) ou de passion (jalousie délirante, délires érotomaniaques).

Érotomanie : conviction délirante d'être aimé.

2. Exemple de la PHC

Cette maladie apparaît plus souvent chez la femme, autour de la ménopause. Elle évolue en général longtemps à bas bruit, mais s'extériorise brutalement, avec un tableau bruyant : automatisme mental, hallucinations multiples (surtout auditives). Des délires de persécutions sont fréquents, relativement bien systématisés et peuvent conduire à des attitudes agressives ou de fuite (vis-à-vis du ou des persécuteurs désignés : conjoint, voisins...).

3. Exemple des paraphrénies

Elles se caractérisent par un délire riche, non systématisé où le mécanisme principal est l'imagination, avec souvent peu d'hallucinations. Cependant, l'adaptation à la vie sociale peut être longtemps maintenue. Les délires portent sur des thèmes mystiques, fantastiques (relation à Jésus, aux extraterrestres, etc.).

III. LES ÉTATS PSYCHOTIQUES AIGUS

1. Critères DSM

Le DSM décrit le *trouble psychotique bref* (durant au moins un jour mais moins d'un mois) durant lequel sont retrouvés : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement désorganisé ou catatonique.


Quels sont les critères des troubles psychotiques brefs ?

Le DSM insiste sur la normalisation complète à l'arrêt de l'épisode, et exclut les schizophrénies, les troubles thymiques, les troubles dus à des substances (LSD...) où à une affection médicale (syndrome confusionnel par exemple).

2. Autres considérations

Pour parler d'état psychotique aigu, il faut retrouver trois critères indispensables : conviction absolue dans le délire, imperméabilité à l'expérience et une invraisemblance évidente pour tous, sauf le sujet. Il s'agit d'une perturbation profonde de la perception de la réalité et de lui-même par le patient.

Dans les anciennes classifications françaises (uniquement) était décrite la *bouffée délirante aiguë* (BDA). La description insistait sur la soudaineté de l'éclosion de la maladie, l'extrême diversité des mécanismes et thèmes des délires, ainsi que leur non-systématisation et la constance d'une participation thymique (euphorie ou tristesse). On avait coutume de dire que l'évolution se déclinait selon trois possibilités : absence de récurrence, schizophrénie ou récurrences de BDA.

Aujourd'hui, il n'est pas admis que les « troubles psychotiques aigus » soient systématiquement à classer dans les psychoses. En effet, il se pourrait que certains troubles de l'humeur (avec caractéristiques psychotiques) aient été compris comme des BDA.



Céleste clochard - Fotolia.com

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé



Qu'est-ce qu'un syndrome dissociatif ?

200

Le syndrome dissociatif traduit la perte d'unité de la personne. Elle est caractérisée par :

- l'ambivalence : la capacité simultanée d'éprouver des sentiments ou faire des actes contradictoires ;
- la bizarrerie : les comportements et propos du patient sont incompréhensibles, hermétiques ;
- le détachement ou retrait autistique : le patient se coupe du monde et se replie sur soi.



Comment se caractérise un délire ?

203

Le délire est caractérisé par six modalités :

- son et ses thèmes : persécution, mégalomanie, influence, jalousie... ;
- son ou ses mécanismes : intuition, imagination, interprétation, illusion... ;
- son degré de systématisation : développement cohérent et ordonné (systématisé) versus polymorphe ;
- son niveau d'extension : en secteur (qu'une partie de la vie du sujet) ou en réseau ;
- le niveau de congruence (adéquation) entre le délire et l'humeur ;
- son caractère aigu ou chronique.

On note par ailleurs le degré de conviction que le sujet a par rapport à son délire ou ses idées délirantes.



Quels sont les critères des troubles psychotiques brefs ?

204

Le DSM décrit le trouble psychotique bref (durant au moins un jour mais moins d'un mois) durant lequel se retrouvent des idées délirantes, des hallucinations, d'un discours désorganisé, un comportement désorganisé ou catatonique.

Le DSM insiste sur la normalisation complète à l'arrêt de l'épisode et exclut les schizophrénies, les troubles thymiques, les troubles dus à des substances ou à une affection médicale (syndrome confusionnel par exemple).

Lectures conseillées

Pour commencer

HAOUZIR S., BERNOUSSI A. (2014). *Les Schizophrénies*, Paris, Armand Colin, 3^e édition.

MCDUGALL J., LEBOVICI S. (2001). *Dialogue avec Sammy*, Paris, Payot.

PEDINIELLI J.-L., GIMENEZ G. (2016). *Les Psychoses de l'adulte*, Paris, Armand Colin, 2^e édition.

Pour aller plus loin

DELION P. (2005). *Soigner la personne psychotique*, Paris, Dunod.

LALOUÉ R. (2000). *La Psychose selon Freud*, Paris, L'Harmattan.

MIJOLLA-MELLOR S. (1998). *Penser la psychose : la lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier*, Paris, Dunod.

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. De Clérembaut a décrit :
 - ☐ la PHC.
 - ☐ la mélancolie.
 - ☐ l'automatisme mental.
2. Melanie Klein explique la schizophrénie par :
 - ☐ un non-dépassement de la position schizo-paranoïde.
 - ☐ des hypothèses biologiques.
 - ☐ une position dépressive très active.
3. Pour Bergeret, une structure psychotique :
 - ☐ peut se décompenser sous forme de névrose.
 - ☐ est toujours signe de psychopathologie.
 - ☐ risque de se décompenser sur un mode psychotique.
4. La BDA est :
 - ☐ une entité nosographique internationale.
 - ☐ souvent très polymorphe.
 - ☐ très rarement accompagnée de symptômes thymiques.
5. La discordance signe :
 - ☐ un trouble délirant chronique.
 - ☐ une schizophrénie.
 - ☐ une paranoïa.
6. Un barrage est :
 - ☐ un arrêt du cours de la pensée.
 - ☐ une diminution progressive de l'intensité de la voix.
 - ☐ un néologisme.
7. Le délire paraphrénique est souvent :
 - ☐ compromettant pour l'insertion sociale du patient.
 - ☐ interprétatif.
 - ☐ imaginatif et intuitif.
8. Les troubles schizo-affectifs sont :
 - ☐ du registre d'une schizophrénie associée à des troubles thymiques.
 - ☐ du registre des troubles bipolaires de type I.
 - ☐ une forme de dépression avec caractéristiques psychotiques.

9. « Je suis convaincu que ma femme me trompe, et j'en ai la preuve car hier soir, quand elle est rentrée, il y avait un cheveu sur son manteau » est une phrase que l'on s'attend à entendre chez quelqu'un qui souffre de :

- ☐ paraphrénie.
- ☐ névrose obsessionnelle.
- ☐ paranoïa.

10. L'expression « forclusion du nom du père » est de :

- ☐ Freud.
- ☐ Lacan.
- ☐ Klein.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Cas clinique

Madame P., 53 ans, est amenée par la police et son mari aux urgences. La patiente est agitée, délirante, au point de nécessiter une sédation médicamenteuse importante. Elle connaissait jusqu'à peu de temps une vie familiale et conjugale harmonieuse, avec son époux et ses trois enfants. Progressivement, son mari relate qu'elle a commencé à avoir des comportements étranges, une méfiance, vis-à-vis de lui, elle se montrait distante, perdue dans ses pensées. Il a découvert qu'elle lui volait de l'argent. La veille au soir, elle entre dans une colère violente, et dit à son mari qu'il est le diable, qu'il lit ses pensées et qu'il veut prendre le contrôle de son corps et de son esprit, elle veut donc fuir le pays, avec ses enfants pour se protéger de lui.

Question : Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Exercice 2 : Est-ce que « symptôme psychotique » signifie nécessairement « psychose » ?

Exercice 3 : Complétez ci-dessous le texte à trous :

Les psychoses se caractérisent le plus souvent par une..... de contact avec la réalité. La schizophrénie (terme introduit par.....) se caractérise par deux catégories de symptômes : les..... et les..... Elle touche environ..... de la population. Dans sa forme....., elle associe aux symptômes habituels des comportements antisociaux.

Les.....sont caractérisés par leurs thèmes, mécanismes, caractère sectorisé ou non. Par exemple, chez un patient souffrant de paranoïa, les thèmes de.....sont fréquents et sont source de souffrance chez le conjoint. Dans les troubles délirants, la.....est caractérisée par des mécanismes....., des thèmes..... ou..... (relations sexuelles avec des anges, connexions avec des elfes, etc.).

LES CONDUITES ADDICTIVES

Le terme d'addiction couvre trois problématiques différentes : celle de la dépendance, celle des troubles du comportement et enfin celle du passage à l'acte (compulsif). Les spécialistes du psychisme sont assez divisés sur l'intérêt de faire des addictions une entité singulière en psychopathologie. En effet, au moins pour partie, les mouvements psychiques dont il est question peuvent se retrouver dans d'autres entités. Il va donc s'agir non seulement de caractériser le concept, mais aussi de questionner sa pertinence.

Définitions



Eleonore H. - Fotolia.com

Addiction

C'est la dépendance pathologique à un objet ou une situation donnant lieu à des comportements de mise en acte compulsif de cette dépendance, qui provoque du plaisir ou un évitement du déplaisir.

Dépendance

Il s'agit du lien entretenu par un sujet avec un objet, une situation ou un individu et dont la nature, à tort ou à raison, est placée sous le signe du besoin. La dépendance peut être vitale (dépendance à l'air que l'on respire), normale (dépendance matérielle d'un enfant envers ses parents) ou problématique (dépendance à un fétiche pour se sentir bien).

Compulsion versus impulsion

La compulsion désigne une tension interne visant à réaliser un acte, et contre laquelle le sujet peut tenter de lutter. La non-réalisation de l'acte entraîne cependant de l'angoisse. L'impulsion désigne un comportement caractérisé par une absence de contrôle et une prise de conscience de l'acte *a posteriori*.

I. CE QUE RECOUVRE LE TERME « ADDICTION »

1. Caractériser le terme « addiction »

Étymologie

Le terme « addiction » appartenait anciennement au vocabulaire juridique français, où il désignait une « contrainte par corps ». Le prévenu, lorsqu'il ne pouvait s'acquitter de sa dette auprès du plaignant, était mis à la disposition de ce dernier. Cette mesure était nommée « addiction ». Le prévenu était ainsi « dit à » son nouveau maître (du latin *ad-dicere*). Le terme a disparu du français, pour être réintroduit sous la forme d'un anglicisme, cette fois renvoyant au champ de la psychopathologie (mais parfois simplement traduit par « assuétude »).

Cette étymologie a son importance, car on peut noter dans le premier sens la notion de contrainte mais aussi d'esclavage. À l'identique, on peut noter que le terme de « dépendance » appartenait également au vocabulaire français et caractérisait le lien entre deux fiefs, l'un étant le vassal de l'autre. À partir des années cinquante, il va être utilisé presque exclusivement dans le sens de pharmacodépendance (principalement à une drogue), avant de désigner d'autres formes de dépendance (à de l'alcool, au tabac...).

Que désigne historiquement le terme « addictions » ?

Pharmacodépendance :
dépendance à une
substance psycho-active.

2. Définition

Pedinielli, Rouan et Bertagne (2000) donnent une définition clinique très claire de l'addiction : « Répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir mais marqués par la dépendance à un objet matériel ou à une situation recherchés et consommés avec "avidité" ».

La dépendance à un objet matériel inclut dans cette définition : la toxicomanie, l'alcoolisme, la boulimie, l'addiction sexuelle, l'addiction au jeu, l'addiction à Internet...

La dépendance à une situation inclut l'anorexie, la kleptomanie, le workaholisme (addiction au travail), certaines formes de pyromanie, certaines pratiques sportives...

A. Goodman (psychiatre anglais) a, de son côté, tenté de donner *une définition opératoire* de l'addiction. Globalement, cette notion renvoie pour lui à un comportement permettant de procurer du plaisir ou de soulager un malaise intérieur, avec un échec du sujet pour contrôler son comportement, ce malgré des conséquences négatives pour lui.



Thomas Näther – Fotolia.com

Les objets de l'addiction sont consommés avec un rituel plus ou moins marqué.

Www.

Rapport pour la MILDT sur les addictions aux jeux par J.-L. Venisse, J. Adès, M. Valleur (2007) : <http://www.drogues.gouv.fr/article5152.html> »

APPLICATION

Critères de Goodman

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
 - B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
 - C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
 - D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
 - E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1. Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - 2. Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - 3. Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - 4. Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre, ou à s'en remettre.
 - 5. Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - 6. Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - 7. Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.
 - 8. Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - 9. Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner à ce comportement.
 - F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.
- (source : Goodman A. (1990). « Addiction : definition and implications », *British Journal of Addiction*, 85, 1402-1408.)

Quoique stricts, ces critères ne constituent pas une sémiologie. Par ailleurs, le critère D est problématique pour deux comportements pourtant parfois assimilés à des addictions en santé publique : l'anorexie et le tabagisme.

3. Épidémiologie

Les études épidémiologiques ont une portée limitée. Elles donnent cependant un ordre de grandeur, et il est utile de s'intéresser aux variations d'années en années pour notamment analyser l'impact des différentes politiques de santé entreprises.

Les difficultés méthodologiques portent sur le fait :

- que le terme d'addiction n'existe pas en nomenclature internationale, comme nous allons y revenir, et donc que les critères ne sont pas toujours les mêmes selon les études ;
- que les « grandes addictions » sont connues (toxicomanie, alcoolisme, anorexie, boulimie) mais que d'autres addictions sont moins étudiées car peu définies (sexualité compulsive...) ou très nouvelles (cyberaddictions...), avec des difficultés de repérage en tant que tel (certaines tentatives de suicides à répétition...), voire sont « couvertes » par la normalité ou la curiosité sociale (*workaholisme*, certaines pratiques de sports à risque...) ;
- que le déni de consommation (notamment concernant l'alcool) oblige à prendre des variables indirectes, parfois critiquables ;
- que la consommation d'une substance (voire un abus) est souvent assimilée dans les études à une addiction ;
- que les chiffres sont souvent établis en lien avec des structures policières, judiciaires et/ou de santé, et de fait la consommation clandestine addictive ne peut être qu'estimée, comme celle concernant les usagers non pris en charge sanitaire ou médicalement.

En France, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est en charge du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac en France. Cet organisme public publie des estimations poussées, qui font référence. Des instituts sont chargés des études, tel l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé). Le tableau 11.1 présente l'un des baromètres santé de 2014 qu'ils diffusent à partir d'une étude INPES (« Estimation du nombre de consommateurs de substances psycho-actives en France métropolitaine parmi les 11-75 ans » ; M = millions d'habitants).

Tableau 11.1

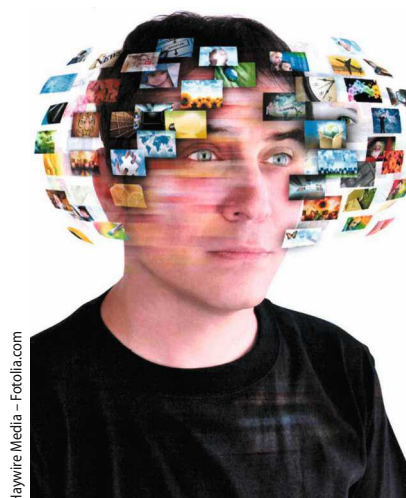
Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en 2014, en France métropolitaine, parmi les 11-75 ans (OFDT et INPES. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014.

Mars 2015 : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxfbv3.pdf>

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	17,0 M	2,2 M	1,7 M	600 000	46,9 M	38,2 M
dont usagers dans l'année	4,6 M	450 000	400 000	//	42,8 M	16,0 M
dont usagers réguliers	1,4 M	//	//	//	8,7 M	13,3 M
dont usagers quotidiens	700 000	//	//	//	4,6 M	13,3 M

Sources : Baromètre Santé 2014 (INPES), ESCAPAD 2014 (OFDT), ESPAD 2011 (OFDT), HBSC 2010 (rectorat de Toulouse).

// : non disponible car la méthode d'enquête ne permet pas une telle estimation.



Www.

Site OFDT : www.ofdt.fr

Il est plus difficile de trouver des chiffres concernant les autres formes de consommation, et *a fortiori* des estimations concernant les troubles addictifs avérés.

On avance cependant 1 % de la population féminine pour l'anorexie et 2 % pour la boulimie. Les autres formes d'addictions offrent des fourchettes assez larges d'un point de vue statistique, par exemple concernant le jeu pathologique, les estimations oscillent entre 0,5 % et 3 % de la population.

4. La question de la classification

La nosologie

La classification de Goodman a longtemps été *la seule spécifique* dont il est possible de disposer. En effet, le terme était absent des deux grandes classifications, le DSM-IV et la CIM-10.

EXEMPLES

Exemple 1 : le jeu pathologique renvoie dans le DSM-IV à « troubles du contrôle des impulsions » ; la boulimie à « troubles de l'alimentation » (F60-F69).

Exemple 2 : le jeu pathologique est classé dans la CIM-10 à : « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » ; la boulimie à : « syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques » (F50-F59).



Randall Reed - Fotolia.com

On retrouve par contre dans les deux classifications des critères diagnostiques pour la dépendance (tableau 11.2).

Ceci dit, comme le rappellent les définitions, les addictions ne peuvent se résumer au seul fait de la dépendance, même si cette dernière notion se retrouve forcément dans toute addiction. S'il n'est pas très étonnant que la CIM-10 ne fasse pas des addictions une entité à part (il s'agit d'un relevé épidémiologique, non à visée thérapeutique), le fait que le terme était également absent du DSM soulignait la question de la pertinence d'une telle classification lorsqu'il s'agit de faire un diagnostic.

Ceci a été modifié dans la version V du DSM. Les diagnostics d'abus et de dépendance sont abolis au profit de « *Substance-related and addictive disorders* » qui devrait être traduit par « trouble de l'usage de... », en ouvrant sa classification aux « nouvelles » addictions sans produit (pour l'instant uniquement le jeu pathologique). Le « craving » est introduit (besoin impérieux de consommer), et si le critère autour des problèmes légaux a été retiré, pour autant la question de la sévérité reste au centre des critères avec une gradation finale.

Tableau 11.2
Classification des critères diagnostics (CIM-10 et DSM-5).

Critères de la dépendance selon la CIM-10 (OMS)	Critères DSM-5*
Au moins trois des critères suivants :	Présence de 2 à 3 critères : addiction faible Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère
1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-actives. 2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation). 3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psycho-actives, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. 4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psycho-actives : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré. 5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psycho-actives, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets. 6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.	• Besoin impérieux et irréprensible de consommer la substance ou de jouer (craving) • Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu • Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu • Augmentation de la tolérance au produit addictif • Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu • Incapacité de remplir des obligations importantes • Usage même lorsqu'il y a un risque physique • Problèmes personnels ou sociaux • Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité • Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu • Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

*<http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu'une-addiction>

C'est donc plus la philosophie et la méthode de construction du DSM et de la CIM qui empêchent de constituer une entité nosologique spécifique pour les addictions.

Dans le champ psychanalytique, on ne trouve pas non plus l'entité « addiction » en tant que telle, même si ces auteurs ont beaucoup étudié ce champ (Mc Dougall, Monjauze, Brusset, Pedinielli, Jeammet, Pirlot, Valleur...). La distinction classique entre névrose, psychose et perversion, et même lorsque l'on y adjoint de façon plus moderne l'existence d'autres structures (narcissique et limite), ne permet pas d'y inclure les addictions. La plupart des auteurs les perçoivent en effet comme des *symp-*

tômes, et donc elles se trouvent rattachées aux grandes structures de base, des conduites addictives pouvant apparaître sur n'importe quel « terrain psychique ».

5. Liens entre addiction et structure psychique

Finalement, on pourrait dire que les addictions constituent une entité clinique et psychopathologique à part. Cependant, elle correspond à une entité plus descriptive que répondant à des critères sémiologiques formels. L'absence de critères fermes ne favorise pas l'étude des conduites dont il est question, et enfin sous une même bannière se retrouvent des comportements différents dont on suppose de mêmes déterminants psychiques du fait de quelques proximités (dépendance, troubles du comportement, dimension compulsive des passages à l'acte), sans que cela puisse être formellement démontré. En effet, il n'y a pas vraiment de données psychiques spécifiques à une addiction et, par ailleurs, nombre de conduites décrites dans les addictions se retrouvent dans des structures psychiques déjà existantes. À noter que si une organisation de *personnalité limite* est souvent évoquée en ce qui concerne les personnes addictives, pour autant il ne peut être considéré qu'il s'agisse d'une généralité, les choses étant souvent fort complexes.

Ainsi, les addictions ont parfois en commun :

- avec les névroses obsessionnelles : la dimension compulsive, le rituel dans la préparation de l'acte addictif, la dimension « passive dépendante » de la personnalité... ;
- avec les états limites : la problématique autour de la dépendance, les conduites de prise de risques et la problématique des limites, une faille narcissique et parfois des troubles de l'identité, la dimension du passage à l'acte (jusqu'à la personnalité antisociale), souvent l'incapacité à être seul (angoisse d'abandon)... ;
- avec la névrose hystérique : la dimension érotisée de certains passages à l'acte, souvent une relation à l'autre pathogène... ;
- avec la névrose anxieuse : une difficulté d'élaboration... ;
- avec les psychoses : un lien de parenté entre les troubles dissociatifs et les états modifiés de conscience parfois obtenus, la présence de possibles impulsions, une incapacité à différer (processus de symbolisation défaillant)... ;
- etc.

Et l'on peut dire au regard de tous ces points que c'est finalement plus la pertinence clinique et les pratiques de terrain qui mènent à maintenir les addictions comme une entité spécifique sur laquelle il est possible de poser une réflexion globale, mais aussi de penser individuellement *la clinique* des patients qui en souffrent.

C'est la raison pour laquelle, nous nous attachons à présent à définir les données cliniques en lien avec « grandes » addictions (toxicomanies, alcoolisme, troubles du comportement alimentaire : boulimie et anorexie ; toutes les addictions ne pouvant ici être vues) et envisager la psychopathologie qui leur est liée.



Quelles difficultés la question des addictions comme entité clinique pose-t-elle ?



Julien Tremeur - Fotolia.com

Les conduites addictives renvoient à des profils parfois morcelés.



Quelles sont les « grandes » addictions ?

II. LES « GRANDES » ADDICTIONS

1. Clinique de la toxicomanie

Approche de la toxicomanie

Fotoexpert – Fotolia.com



Les drogues peuvent être licites, et alors pas toujours consommées de façon « courante » (exemple : pilules broyées pour être injectées).

La toxicomanie désigne l'usage addictif de substances licites (médicaments, par exemple) ou illicites (dérivés d'opiacés, comme l'héroïne, par exemple) et qui entraînent une perturbation du champ de la conscience, de soi, de l'environnement, et du rapport entre un sujet et ses trois dimensions. L'usage de produits ne suffit pas à définir une toxicomanie, mais elle en est forcément le point de départ. Le « glissement » d'un usage vers un processus addictif est un phénomène complexe, qui fait intervenir tant des données inhérentes au sujet que des données qui lui sont extérieures. En effet, concernant ce dernier point, pour qu'il y ait consommation puis addiction, il faut bien qu'il y ait offre de consommation, mais aussi dans une certaine mesure, qu'un « climat ambiant » – mode, pression de groupe, etc. – soit favorable à la mise en place de ces phénomènes).

L'approche médicale touche principalement la question de la consommation en elle-même et propose des réponses ciblées et adaptées (sevrage, programme de substitution...). La politique de réduction des risques lui est concomitante (prévention de pathologies co-morbides comme le virus du sida, de l'hépatite C...). L'approche psychologique est, elle, axée sur le sujet lui-même, indépendamment des caractéristiques des produits consommés, à quelques exceptions près portant sur les certaines données en lien avec un trouble psychique donné (par exemple, choix de la cocaïne, puisant antidépresseur, venant masquer un trouble de l'humeur).

APPLICATION

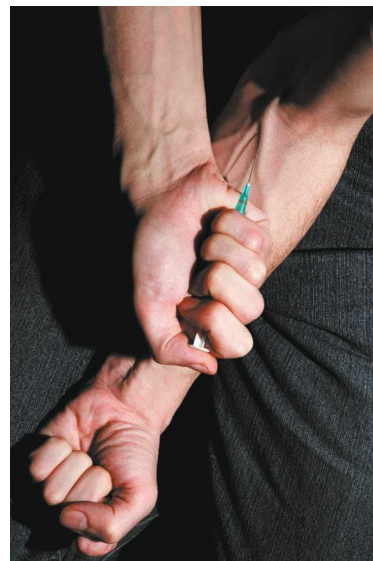
La dépendance psychique

En 1998, le professeur Bernard Roque (pharmacologue) rend un rapport intitulé : *Problèmes posés dans la dangerosité des « drogues »* (éditions La Documentation française). Notamment, ce rapport compare les différentes drogues (toxicité générale, dépendance physique...). Un critère d'appréciation relevé est le niveau de dépendance psychique que suscite chaque produit étudié : très forte pour l'héroïne, la cocaïne (par « intermittence »), l'alcool ; le tabac ; forte pour les benzodiazépines ; moyenne pour les psychostimulants ; faible pour le cannabis ; inconnue pour l'ecstasy. D'un point de vue psychologique, parler de « dépendance psychique » d'un produit (et en faire un item analogue à la dépendance physique) est une aberration. En effet, il paraît difficile de dire qu'un produit induit en soi une dépendance psychique, puisque par nature, la dépendance psychique est la notion qui désigne l'investissement psychique qu'un sujet a avec un produit donné. Autrement dit, cette notion fait intervenir en premier lieu des facteurs psychologiques (structure, traits de personnalité, histoire du sujet...) qui n'ont rien à voir avec les caractéristiques intrinsèques d'un produit donné. Un sujet peut créer un lien de dépendance psychique très important au cannabis, un autre peut être dans une forme de dépendance psychique faible (ou nulle) à la cocaïne. S'il existe des critères de dépendance physique indéniables pour un produit donné, la dépendance psychique relève non du produit lui-même, mais du sujet.

Éléments cliniques de la toxicomanie

Il est toujours difficile de donner des critères généraux pour une discipline qui s'intéresse à l'individu. Ce d'autant que l'on parlerait plus volontiers « des toxicomanies » que de « la » toxicomanie. On peut cependant donner quelques repères en lien avec la clinique de la toxicomanie. Il s'agit ici de souligner une forme de souffrance qui concerne tant la question de l'identité que celle du corps.

Il s'agit ici de considérer la toxicomanie comme *une conduite* qui met à distance un déséquilibre interne, se manifestant le plus souvent par de l'anxiété. Elle vient mettre à distance les pensées, émotions et affects qui sont perçus comme potentiellement dangereux pour l'organisation du moi. Le corps est ici fortement sollicité, puisqu'il est le lieu physique où se joue ce qui ne peut être mentalisé, ce qui est exclu du psychisme, jusqu'au sacrifice dudit corps (sans qu'il s'agisse d'équivalents suicidaires, ou de tentatives d'auto-destruction).



Terex - Fotolia.com

La toxicomanie met en jeu le corps du consommateur.

EXEMPLES

Exemple 1 : le sacrifice peut concerner certaines fonctions, comme les fonctions sexuelles (troubles de l'érection induits par des médicaments codéinés, par exemple).

Exemple 2 : le sacrifice est aussi celui de l'apparence (amaigrissement important, teint grisé, perte de la dentition...).

Exemple 3 : le sacrifice affecte aussi la santé avec de possibles multiples problématiques médicales associées à la toxicomanie (abcès suite à une injection, problèmes pulmonaires, cardiaques, infectieux...).

L'usage des drogues est toujours perçu comme *une solution à une problématique interne* qui apporte d'abord satisfaction (Claude Olievenstein parle de « lune de miel »), et qui souvent est relaté comme une « jouissance inattendue », une « révélation », celle d'un produit miracle qui permet d'aller mieux, de mettre à distance une réalité ou des éléments de réalité mal vécus. À chacune des premières consommations, le sujet semble retrouver quelque chose de l'ordre d'une unité identitaire, où les éléments de déséquilibre psychiques disparaissent.

Mais, progressivement, les conduites toxicomaniaques modifient l'organisation psychique, deviennent insatisfaisantes pour ne plus être qu'un mode d'annulation de la souffrance ressentie (« lune de fiel »), une restauration du moi toujours temporaire, mais qui ici n'est plus que partielle. L'état modifié de conscience induite par les produits (exaltation, sédation, vécu oniroïde...) perd progressivement de sa « vertu » à chaque répétition de consommation, au fur et à mesure que le sujet a besoin de vérifier à tout moment qu'il peut faire usage de son objet d'addiction pour masquer ce qui est destructurant psychiquement pour lui.

Le sujet toxicomane ne peut cependant plus se défaire de sa consommation pathogène, marquée par la dépendance, et en dépit des conséquences négatives. Il est toujours à la recherche du « premier flash », des premiers émois avec le produit qu'il ne retrouvera cependant plus, sa personnalité s'étant durablement décompensée à l'insu de sa conscience. Par contre, au niveau inconscient, quelque chose s'est rejoué sans cependant trouver

d'issue : la dépendance au produit renvoie de façon régressive le sujet à *la dépendance primitive*, mal vécue ; elle a réinterrogé les premiers investissements du sujet en essayant de trouver une issue dans le réel (les objets psychiques sont devenus des objets physiques : les drogues), mais sans solution, voire a même rendu l'appareil psychique plus sensible à tout facteur de déséquilibre interne.

Le stade du miroir brisé

Plusieurs explications sont avancées pour essayer de déterminer l'origine des conduites toxicomaniaques. Si un défaut d'introjection semble une hypothèse très courante, Claude Olievenstein (psychiatre et psychanalyste) élabore une théorisation : celle du miroir brisé (voir notamment Olievenstein C., *Destin du toxicomane*, Paris, Fayard, 1984). Au moment du stade du miroir tel que développé par Wallon puis Lacan, le sujet connaît un traumatisme qui brise son identité. Le sujet va questionner de façon itérative cette identité brisée, et tenter par tous les moyens de retrouver une identité (clinique de l'excès, de la démesure). La drogue va donner l'illusion pour un temps que les diverses brisures se « recollent ». L'un des atouts de cette théorisation est que par ailleurs, elle interroge la fonction des images parentales et de l'environnement pour le sujet, dans cette entreprise impossible pour réunir ce qui a été psychiquement brisé. Une voie que la psychologie systémique développera particulièrement par la suite dans son champ spécifique.



Set - Fotolia.com

Métaphore du miroir brisé.

2. Clinique de l'alcoolisme

Approche de l'alcoolisme

Les consommations problématiques d'alcool ont très certainement existé de tout temps. Cependant, la reconnaissance de l'alcoolisme comme *une pathologie* a été progressive et assez récente dans nos sociétés (milieu du xx^e siècle, avec Jellinek). L'une des raisons majeures est évidemment qu'il s'agit ici d'un produit légal, à fort potentiel économique, et auquel est adjointe une dimension festive mais aussi pour certains alcools comme le vin, une dimension familiale, voire de transmission générationnelle (voir à ce propos Simonnet-Toussaint C., *Le Vin sur le divan*, Éd. Feret, 2006). Cette donnée se retrouve sur un plan individuel puisque le déni est un mécanisme de défense ici courant, car facilité par cette « ambiance sociale » occidentale.

On voit d'emblée que l'alcoolisme est un phénomène complexe, où un lien étroit existe entre données individuelles et



Affiche « Il n'y a pas de meilleure influence que la vôtre » (site de l'INPES (inpes.sante.fr)).

données environnementales et sociales. Les conséquences physiologiques sont particulièrement redoutables, et la détérioration physique peut mener jusqu'à la mort de l'individu après de multiples complications somatiques (l'alcool est ainsi responsable de façon directe ou indirecte d'un nombre important d'hospitalisations en France, et représente quarante-cinq mille décès par an, sans compter les décès où l'alcool est impliqué, comme les accidents routiers et domestiques). Certains troubles neurologiques sont considérés très en lien avec la consommation pathologique d'alcool (encéphalopathie de Wernicke, syndrome de Korsakoff...). Sur le plan de la psychopathologie, les conséquences de l'alcoolisme sont également importantes, car désorganisent durablement l'individu (jusqu'à des états parfois assimilés à des moments psychotiques) mais aussi son environnement.



Pressmaster - Fotolia.com

La convivialité masque parfois une consommation problématique d'alcool.

Éléments cliniques de l'alcoolisme

La clinique du patient alcoolique est marquée comme nous l'avons dit par un mécanisme prévalent, *le déni*, qui explique notamment le peu de consultations « spontanées » pour un problème alcoolique au regard de l'importance épidémiologique de ce trouble (le livre blanc de l'hépatogastroentérologie en 2001 avance les chiffres de 5 à 6 millions de consommateurs à risque, et 1,5 à 2 millions d'alcoolodépendants). Ce déni se trouve souvent associé à de *la dissimulation* (d'abord de la consommation effective, puis qui peut porter sur d'autres aspects de la vie). Certaines dimensions de la personnalité se retrouvent fréquemment comme une immaturité affective, un défaut d'autonomie associée avec une intolérance à la solitude, un sentiment de défaut identitaire associé à des impulsions (défaut du contrôle de soi), ou encore une relation aux objets psychiques marquée par une forte ambivalence.

Le discours est souvent pauvre, l'*alexithymie* est généralement présente.

Le discours est dès lors souvent factuel, « collant » à la réalité, et inscrit dans le présent (peu ou pas d'expressions imaginatives et fantasmatiques).

Alexithymie : étymologie : *a* privatif ; *lexis* : mot ; *thymos* : humeur, émotion. Difficulté à identifier et décrire ses sentiments ; incapacité à verbaliser ses émotions.

APPLICATION

Un témoignage

« Je ne ressens rien, je ressens trop, je suis perdue. Et toujours le même problème de perception. À jeun, la vie me paraît soit fade, soit insupportable de vérité, *stone* il m'en faut toujours plus dans l'espoir d'atteindre un impossible rêve. Je ne m'inquiète pas plus que ça. Autour de moi, mes potes fonctionnent comme moi. D'accord, je suis la seule fille. J'appartiens à la catégorie des bons buveurs, ceux qui tiennent l'alcool. Pourtant, des signes inquiétants sont là et je me refuse à ouvrir les yeux. Chez Matthieu, quand ses parents sont absents, je me sers abondamment dans le bar. Je suis des cours d'espagnol et d'anglais à la mairie, en fin d'après-midi et avant de partir, je prends la mauvaise habitude de me servir un verre... »

J'inverse, je ralentis le cannabis au profit de l'alcool. Plus simple d'accès, la montée est plus douce, facilement maîtrisable et les effets secondaires, l'esprit confus ou les yeux rouges, sont moins visibles. Les pétards au quotidien me rendent vite parano, je me renferme sur moi-même. L'épreuve du Bac est un vrai ratage. J'assiste aux épreuves écrites. Le matin des oraux, je me décide à ne pas y aller. Je suis à bout de force. Dans la soirée, ma mère me demande si ça s'est bien passé, et je ne lui cache rien. Je ne me souviens pas de sa remarque, signe qu'elle ne devait pas être retentissante. Personne ne s'étonne. Je passe du statut d'échec scolaire à celui de sans-emploi. Je ne sais pas encore que cette exclusion va représenter pour moi le terrain le plus favorable au mépris que je me porte. »

Extrait de *Du rouge aux lèvres. Je suis alcoolique mais ça ne se voit pas*, Julie Roselli, préface Hervé Chabalier, Éditions K&B, 2006.

Approches théoriques

Le *courant psychanalytique* considère l'alcoolisme comme lié à un conflit oral. Ceci a pour résultante une sensibilité à l'hostilité, à l'agression, à la honte, et une disposition aux affects dépressifs. La relation aux objets psychiques est caractérisée par le clivage. Le déni est le mécanisme prévalent, et l'alcool occupe la place d'évacuation des représentations indésirables. L'étiologie du trouble relèverait plutôt d'une problématique narcissique qui se « grefferait » sur la structure première (névrotique ou autre).

Concernant le *courant cognitif et comportemental*, l'alcoolisme répond au modèle général de l'apprentissage (voir la partie psychopathologique de ce chapitre) ; le modèle de Peele (perspective cognitivo-sociale) paraissant important dans ce domaine.

L'*approche systémique* a permis de mettre en lumière que, notamment concernant l'alcoolisme, les interactions groupales dans lesquelles sont prises le sujet ont une importance majeure dans la naissance et le développement des troubles.

3. Clinique de la boulimie et de l'anorexie

Éléments cliniques de la boulimie

La boulimie est une pathologie essentiellement féminine (sexratio : environ 5/1).

Elle correspond à des épisodes répétés de suralimentation incontrôlée dont le patient a conscience, et qui donne lieu à des tentatives de lutte (évitement des situations à risque...) ou d'annulation (vomissement, usage de laxatif, endormissement...). Les crises sont souvent accompagnées de honte.

Durant la période qui précède l'accès boulimique, le sujet connaît une tension de plus en plus envahissante avec parfois quelques signes avant-coureurs (vide intérieur assimilé à une sensation de faim...) ou déclenchants (sentiment de solitude, absorption d'alcool...). Parfois, le sujet prépare ses crises (mise en place d'un rituel), mais le plus souvent la survenue est brutale et imprévue. L'accès lui-même concerne souvent des aliments « interdits » (riche en calorie...), qui ne nécessitent pas de préparation (pâtes crues, surgelés, boîtes de conserve juste ouvertes...), et qui peuvent facilement être ingurgités et vomis. La notion de goût s'éteint au fur et à mesure des crises. La fin de l'accès boulimique (risque d'être découvert, plus d'aliments...) est marquée par un malaise important (psychique et physique), de la honte et de la culpabilité, de l'auto-dépréciation (stimulée par la perte de contrôle ressentie durant l'acte).

L'image corporelle est ici *défaillante* et très proche de l'anorexie (préoccupation pour le poids, représentations déformées...). Des troubles de l'humeur (affects dépressifs) sont souvent observés avec notamment une forte douleur morale. L'anxiété est prégnante au quotidien mais le plus souvent diffuse. L'état émotionnel et affectif est souvent *instable* (labilité thymique, hyper-émotivité...) et peut inclure des *idéations suicidaires*. La boulimie peut appartenir préférentiellement à plusieurs structures de la personnalité (névrotique, limite...).

Simone Van Den Berg – Fotolia.com



Durant l'acte boulimique, peu importe le plaisir de l'alimentation.

Étymologie de boulimie :
« faim de bœuf ».

Éléments cliniques de l'anorexie

Comme pour la boulimie, l'anorexie est une pathologie essentiellement féminine (sex-ratio : 9/1), qui survient généralement durant l'adolescence (impact traumatique des aménagements pubertaires). L'anorexie se définit classiquement par les « 3 A » : amaigrissement, aménorrhée, anorexie mentale. Ce dernier point se caractérise par un fort contrôle qui certes touche l'alimentation (restriction...), mais aussi les autres domaines de la vie (contrôle affectif, relationnel...). Le corps se décharne, et peut être masqué (vêtements amples, pesées chez le médecin, évité ou lorsque cela est possible, tronqué en lestant les poches avec des objets).

Étymologie de l'anorexie :
« absence de désir ».



Chris Harvey – Fotolia.com

L'anorexie mène à un corps décharné, famélique.

APPLICATION

Le mouvement «Pro-Ana »

Le début des années 2000 a vu l'explosion d'un mouvement qui fait de l'anorexie un mode de vie valorisé, un idéal à atteindre. Il s'agit du mouvement « Pro-Ana », qui comporte un certain nombre de règles (« être mince est plus important qu'être en bonne santé », « être mince et ne pas manger sont les signes d'une volonté véritable et de succès »...). Ce mouvement est le pendant du mouvement « Pro-Mia », qui fait l'apologie de la boulimie.

L'Internet a permis, via les blogs, la mise en place de ce mouvement où sont donnés des « trucs » pour maigrir, ne pas manger, répondre aux « attaques » de la société qui ne les comprend pas, et illustrer ces propos d'icônes – principalement de la mode – qui sont véritablement sanctifiées (bien que les photos soient majoritairement retouchées pour transformer la minceur en maigreur). Ces sites sont bien sûr l'expression de la souffrance, mais ont aussi pour fonction de constituer un réseau de soutien, une sorte de « groupe d'auto-support » clandestin et morbide. Ils ont créé des liens avec en sous-basement une souffrance niée, comme est nié, dénié ou dénigré le destin funeste de nombre de personnes anorexiques, ou même simplement la co-morbidité physiologique de ce trouble due aux très nombreuses carences (perte des cheveux, déchaussement des dents, ongles cassants, peau altérée, œdèmes, affaiblissement pulmonaire et cardiaque, malaises multiples...).

C'est aussi une façon de retourner la pulsion : dans l'anorexie, le corps est « l'ennemi », le synonyme d'une menace ; en faisant son apologie, les données pulsionnelles se trouvent inversées sans pour autant que les motifs psychologiques qui soutiennent la souffrance fondamentale disparaissent. Il s'agit ici de l'expression d'une défense psychique.

L'anorexie débute le plus souvent par un régime, ce dernier occupant la place d'un événement déclencheur, venant décompenser une pré-morbidité jusque-là contenue. Les repas, problématiques, sont l'occasion de masquages, de mensonges, de rites (tri des aliments...) et donnent lieu à des stratégies d'annulation (vomissement). Le contrôle de l'alimentation n'est jamais total, avec le plus souvent des accès boulimiques, motifs d'une très grande culpabilité. Il révèle néanmoins une stratégie où domine le contrôle et qui engage une focalisation qui permet de mettre à distance la problématique essentielle : celle du mal-être et des traumatismes de vie qui ne

Dysmorphophobie :
préoccupation excessive à
propos d'un défaut
corporel réel ou vécu
comme tel.



Symbolisation des troubles
de la perception du corps.

peuvent autrement être gérés. La « sensation de faim » est bien souvent le signe pour les sujets d'un triomphe, celui de maîtriser les éléments internes dérangeants.

Les troubles de l'*image corporelle* sont ici majeurs, jusqu'à des troubles caractéristiques comme la dysmorphophobie ou encore le déni des besoins physiologiques. Parfois, c'est la recherche de disparition de tout trait féminin qui est recherchée (perte du volume de la poitrine, des hanches...). Il est ici l'objet de l'attention du sujet, mais aussi de l'entourage qui focalise souvent sur cette seule dimension, ce qui participe à l'entreprise de manipulation de la personne anorexique (les motifs principaux de l'anorexie sont ainsi évités).

Toute la personnalité est prise par une question centrale : comment éviter ce qui est indispensable ? On retrouve tout le paradoxe de la problématique dépendante qui à la fois affirme et nie les liens aux objets primordiaux (déni des liens, relation d'emprise, attitude de défi...). Les relations à la mère sont souvent fusionnelles et conflictuelles, avec des difficultés d'identification dans le développement psychologique, du fait d'une certaine immaturité affective. La problématique affective se donne également à voir dans d'autres domaines, comme celui des liens amoureux et sexuels, mais aussi dans la problématique – œdipienne – de la « bonne distance » avec le père. Le rôle pathogène des relations à la famille est souvent souligné, et la souffrance est majoritairement groupale, avec un fort sentiment d'impuissance, en miroir avec la stratégie dure et offrant peu d'issues dans laquelle se plongent les personnes anorexiques.

Un témoignage de la souffrance familiale

A. BIOY – Pour reprendre sur les « stratégies » utilisées durant la maladie, vous m'aviez parlé, Marie, des épisodes dans les supermarchés.

MARIE – C'était atroce. Je crois que je déteste les supermarchés, maintenant. Des fois, ça pouvait durer une heure où je te vois encore dans le rayon des petits pots pour bébé...

CLAIRE – Je devais compter les calories sur les pots...

MARIE – J'avais envie d'hurler et je me retenais parfois pour ne pas fondre en larmes à côté du caddie. Je n'en pouvais plus de voir ma fille compter les protéides, les calories... J'avais envie de hurler. Crier que ce n'était pas normal. Un bébé oui, mais pas une jeune fille de 20 ou 22 ans qui passe des heures devant les petits pots. Et ça durait, parce qu'il y en avait une sacrée rangée ! Je respirais pour me calmer, et en même temps je n'osais pas la déranger. Parfois, Claire m'appelait, elle me demandait mon avis, et puis elle en choisissait trois ou quatre et elle m'expliquait pourquoi elle avait pris ceux-là. Ça m'a marquée à vie. Un cauchemar... C'était la pudeur qui m'empêchait de crier ou de pleurer un bon coup. C'était infernal, insupportable... (*La voix est vacillante*) Là, en plus, ça se passait dans un lieu public mais je me retenais pour ne pas pleurer, ou l'étrangler. Je suis passée par tous les états psychologiques. Je me disais : « Qu'on en finisse », c'était affreux.

A. Bioy – «Qu'on en finisse », qu'entendez-vous exactement par cela ?

Marie – La tuer. Pour que ça cesse, je me disais que j'aurais été capable de la tuer et puis de me tuer ou de finir en prison, je n'en aurais plus eu rien à faire. Pour ne plus qu'elle souffre, pour ne plus que je souffre, pour ne plus que mes parents souffrent... Moi, je comprends ces femmes comme Marie Humbert, même si ce n'est pas facile. Aider son enfant à mourir, ce n'est peut-être pas évident, mais je le comprends. Pour Claire, c'était bien sûr très différent, moins dramatique, car il y avait au moins de l'espoir, mais c'était difficile. Vous voyez un cadavre, les yeux qui ressortaient de la tête, elle perdait ses cheveux, on aurait dit qu'elle était déjà morte. (*Long silence, l'émotion la submerge.*) Ça m'est arrivé une fois, de vraiment penser que j'allais la tuer. J'étais très mal après et je me disais le matin : « Je me bats et puis peut-être qu'elle va mourir quand même. » C'était infernal, infernal. (Silence) J'ai très mal vécu cette période où je me suis posé cette question. Ce sentiment a eu du mal à s'estomper. Je me demandais pourquoi j'avais eu ce genre de pensée, alors que je ne lui voulais que du bien... Le soir, Claire avait des yeux fous, c'était un cadavre ambulante. Hier, j'ai croisé une femme d'une maigreur d'anorexique, la peau sur les os. J'aurais aimé lui demander « Pourquoi ? Pourquoi vous faire autant de mal ? Pour quoi ? Pour qui ? » Mais ce n'était pas possible. La pudeur...

Extrait de *Souvenirs d'anorexie. Dialogue entre une mère et sa fille*, Claire et Marie Philippe, Antoine Bioy (préface Patrick Poivre d'Arvor) Éditions K&B, 2006.

III. CONCEPTIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES ADDICTIONS

1. Modèle psychanalytique

Avant-propos

Pour la plupart des auteurs d'obédience analytique (en dehors des lacaniens), les addictions sont *transnosographiques*. Il en découle que les conduites addictives sont à relier, individuellement, à la structure « de base » (névrose, perversion...). Pour autant, il est admis que ces conduites possèdent des caractéristiques communes, comme la défaillance identitaire. L'acte addictif renverrait majoritairement à une *économie psychique* particulière, plus qu'à un symptôme au sens strict du terme (puisqu'il s'agit d'un acte et non d'une formation de l'inconscient). Joyce Mc Dougall a, quant à elle, résumé la chose en parlant d'*acte symptôme* pour faire précisément une différence avec le statut du symptôme en psychanalyse.

À noter que Marc Valleur et Aimé Charles-Nicolas ont élaboré un modèle, celui de l'ordalie, qui n'est pas une théorie des addictions en soi, mais qui donne un canevas explicatif à certains comportements observés.



L'ordalie, qui tire son origine étymologique d'un terme germanique « urthel » ou « urtheil », signifie « jugement de Dieu ».



Quel est le modèle général des addictions pour la psychanalyse ?

Les pratiques ordaliques renvoient au « jugement de Dieu », une pratique du Moyen Âge qui se retrouve dans presque toutes les cultures du globe, ainsi qu'à des époques diverses (depuis l'Antiquité) sous des appellations différentes. Il s'agissait d'une épreuve judiciaire et/ou religieuse qui consistait à soumettre un individu à une épreuve presque impossible (comme arriver à nager ou à flotter dans un lac, une lourde pierre attachée aux pieds). Si l'individu survivait, c'est que la puissance divine considérée (« tiers symbolique » pour Valleur et Charles-Nicolas) avait sauvé le prévenu, qui était alors déclaré innocent de son chef d'inculpation (sorcellerie, paternité mise en doute...).

Par transposition dans le champ des addictions, l'ordalie renvoie aux actes où un sujet prend un risque potentiellement mortel, dont la fonction est de questionner un tiers symbolique (Dieu, le Destin, l'Autre...). L'enjeu en est de savoir si la vie vaut la peine d'être vécue ou non pour soi. Il s'agit donc d'une mise en acte fantasmatique construite autour de : « ça passe ou ça casse » et qui peut prendre différentes formes (certaines tentatives de suicide, intraveineuse de drogue à des doses inhabituellement importantes pour le sujet...). Même si la question de la mort est présente, elle n'est ici pas recherchée en soi. La mort peut aussi être présente de façon symbolisée (« banco » à un jeu d'argent avec une mise importante et ultime). L'ordalie renvoie notamment en psychanalyse à une question identitaire, une confrontation à l'angoisse de castration (via l'angoisse de mort), à la question de l'incorporation, pour un sujet.



Joyce McDougall.

Apport de Joyce McDougall

On doit notamment à cet auteur d'avoir réintroduit en France le terme d'addiction avec le sens qu'on lui connaît actuellement, mais aussi d'avoir proposé la première théorie générale des addictions dans le champ psychanalytique.

Elle postule que les addictions permettent aux sujets de se défendre d'une incapacité à tolérer la douleur psychique (douleur qui renvoie à la fragilité des repères narcissiques et identificatoires, avec un risque d'effondrement perçu par le sujet, mais ainsi évité). Par ailleurs, les addictions permettent de restituer quelque chose de l'ordre d'un espace transitionnel défaillant. Notamment, elle fait appel au terme de « théâtre » pour désigner la scène occupée par les personnes qui environnent le patient et auquel ce dernier donne une place précise (complice, substitut contenant...). Ces personnes occupent un rôle symbolique qui vient en lieu et place d'autres objets psychiques, qui eux sont défaillants ou manquants.

La perspective de McDougall est donc de donner une fonction positive aux comportements addictifs. Ils viennent restaurer quelque chose de l'ordre d'un manqué dans le développement psychique, notamment identitaire, d'un sujet.

Également, McDougall établit un lien entre comportements addictifs et faits psychosomatiques. Ils relèvent en effet tous deux de l'agir, permettent de mettre à distance des représentations difficiles (source d'angoisse), et organisent une évacuation de l'affect (ressenti comme dangereux du fait des défaillances dans l'organisation du moi).

Objet (psychique) : objets ou personnes susceptibles d'être investis par une pulsion, en vue de satisfaire un besoin.



rgspace - Fotolia.com

Pour résumer, les addictions dans la perspective de Mc Dougall, suivent une triple logique : fonction défensive, restauration de l'introjection rendue possible par une mise en scène transitionnelle (« théâtre »), parenté avec les faits psychosomatiques.

Le « théâtre » de l'addiction symbolise la mise en scène du sujet addictif et de son environnement.

Introjection : inclusion fantasmatique dans le psychisme des objets extérieurs (personnes...) et de leurs propriétés.

Apport de Philippe Jeammet

À l'instar de l'approche de J. McDougall, Ph. Jeammet donne une fonction positive aux conduites addictives pour le sujet, et insiste sur les caractéristiques de l'*introjection*. Dans ces deux approches, on retrouve également l'idée d'une insécurité intérieure (menace d'annihilation, difficultés d'ordre identitaire...).

Jeammet inscrit les addictions dans une *problématique de la séparation* dont le sujet cherche paradoxalement à sortir par un mouvement de dépendance. Les deux champs ne sont cependant pas au même plan : la problématique est interne et psychique, mais sa résolution va se trouver dans la tentative de maîtrise d'un objet physique et externe. Cet appel à l'externe permettrait de retrouver quelque chose de l'ordre d'une *différenciation* avec l'environnement (question des limites et de l'identité propre).

Plus spécifiquement, la problématique de séparation est en lien avec le narcissisme et la relation d'objet. Ici, les investissements objectaux des assises narcissiques deviennent presque impossibles à réaliser, et sont en tout cas sources de menace, car le narcissisme est défaillant.

L'addiction, dans ce système, possède plusieurs avantages pour le sujet. D'abord, il permet l'*illusion de la maîtrise* de ce qui pose difficulté : les investissements libidinaux. Également, en remplaçant un monde d'émotions par un monde de sensations (apporté par la consommation de l'objet d'addiction), l'individu se donne là aussi l'illusion que ce qui est défaillant à l'intérieur peut se trouver à l'extérieur, et être maîtrisable.



Philippe Jeammet.

2. Modèle cognitivo-comportemental

Dimension comportementale

Il n'existe pas vraiment dans cette approche de conception globale du « fonctionnement addictif », mais des sous-modèles existent (explicatives de la toxicomanie, de la boulimie...). On reste toutefois dans une compréhension de l'addiction comme quelque chose de l'ordre de la contrainte, ici comprise selon la théorie des apprentissages et du conditionnement opérant, au moins pour ce qui concerne la prise de produit, le moment de la réalisation de l'addiction. Dans ce modèle, les effets de la prise du produit (ou les effets du comportement addictif) vont progressivement devenir la cause des conduites addictives (par renforcement positif) ; les effets néfastes de la consommation du produit ou des comportements tentant d'être annulés ou compensés par un appel accru aux mêmes comportements.



L'addiction « enchaînée » le sujet à son objet de comportement de consommation.

Dimension cognitive

Cette dimension intervient également dans le moment de consommation du sujet, mais est surtout présente dans la *phase de préparation* du comportement. L'analyse fonctionnelle des troubles addictifs permet de déterminer les différents éléments qui interviennent : type et traits de personnalité, situations déclenchantes, modérateurs de comportement, stratégies d'adaptation prévalentes, etc.

Certains éléments prépondérants sont ici mis au jour, qui relèvent soit d'un *état* (anxiété, faible estime de soi, assertivité basse, impulsivité, anhédonie...), soit d'un *trait* (personnalité antisociale, dépendante...). Il s'agit d'autant de facteurs de fragilisation qui favorisent l'apparition d'un comportement addictif ou empêchent de l'inhiber. Il s'agit de les relever et d'étudier leurs interactions en lien avec les *facteurs déclenchants* pour expliquer les besoins ressentis alors par le sujet (reprendre confiance en soi, besoin d'agir ou besoin de contrôle, etc.) et qui se trouvent au moins initialement réalisés par le comportement addictif.

Cependant, aucun de ces éléments n'explique en soi l'addiction, mais leur analyse permet de dégager la façon dont le sujet traite les informations, donnant accès aux structures cognitives sous-jacentes susceptibles de déclencher un comportement addictif, ou inopérant pour les inhiber.



Les « chemins cognitifs » de l'usager sont parfois complexes...

Synthèse

Quelle est l'approche du modèle cognitivo-comportemental des addictions ?

On voit ainsi que le modèle cognitivo-comportemental affirme un mode singulier de résolution de problèmes, où interviennent à la fois des données issues de *facteurs psychologiques* (traits de personnalité, structures cognitives...) et contextuels (facteurs déclenchants, renforçateurs de comportement...). Il n'existe pas réellement de données généralisables dans toute addiction, même si quelques invariants sont parfois relevés (mais surtout comportementaux) et chaque modalité d'addiction donne lieu à des singularités.

Les addictions sont l'une des indications « phares » d'une thérapie cognitive et comportementale (aspect thérapeutique et prévention de la rechute). Mais également, cette approche autorise parfois des *interventions préventives* lorsque sont observées certaines défaillances cognitives associées à des premiers comportements de dépendance pouvant mener à l'installation plus ou moins durable de conduites addictives.

3. Deux autres modèles

La recherche de sensations fortes

Le modèle de la recherche de sensations fortes postule l'existence de comportements de prise de risques dont la finalité est de connaître des

expériences nouvelles (complexes et variées) afin de maintenir un niveau optimum de stimulation corticale. La recherche de sensations fortes est mesurable (échelle SSS : *Sensation Seeking Scale*) ; c'est une expression possible de la « recherche de sensations », perçue comme un trait de personnalité par ceux qui l'étudient (depuis 1972).

Ce modèle s'inscrit dans le courant psychophysiologique, voire biologique pur et a été forgé par Zuckerman dans les années soixante. Le postulat de base est que les amateurs de sensations fortes ont une *activité catécholaminergique* faible (activation bas niveau) et recherchent des moyens aptes à relever cette activité (substances ou comportements).

La recherche de sensations fortes expliquerait notamment les comportements addictifs. Ceci dit, il est à noter qu'il s'agit en fait de corrélations, et que le modèle n'est ni prédictif, ni exclusif de l'addiction (les personnes qui sont à la recherche de sensations fortes pouvant les trouver dans d'autres activités). Enfin, ce modèle n'explique qu'une partie des conduites addictives, et notamment a du mal à expliquer les pratiques qui produisent une sédation physique (comme l'usage des benzodiazépines) ou sont là pour « éteindre » une difficulté psychique et des sensations qui débordent les capacités d'adaptation du sujet (comme dans la boulimie).

Le modèle de résolution de l'échec

Il s'agit du modèle développé par Stanton Peele, qui fait appel principalement aux théories cognitivo-sociales et dans le champ du comportementalisme. Il s'agit d'un modèle descriptif qui s'oppose à la compréhension médicale des addictions comme une maladie, et qui postule que la fonction des expériences addictives est de se substituer à d'autres expériences, où le sujet est confronté à une situation d'échec.

Les expériences addictives permettraient au sujet de se confronter à des situations aux effets prévisibles et qui viendraient, de ce fait, compenser un défaut fondamental de sécurité (estime de soi dépréciée, faible soutien social, sentiment de vide et d'ennui...) ou plus liées à une période critique pour le sujet (adolescence, divorce, situations de perte...). La problématique se pose donc ici en termes de compétence, de renforcement, d'adaptation à la réalité et d'identité.

Cette fonction positive, adaptative, des conduites addictives est cependant transitoire, puisqu'elles finissent par aggraver la situation et le fonctionnement social du sujet ouvrant alors un « cercle vicieux » où une augmentation des conduites addictives vient tenter de compenser leurs propres effets néfastes.

L'addiction est ici perçue comme une somme d'expériences qui n'est pas vouée à durer toute une vie, et pouvant donner lieu à des aménagements jusqu'à leurs disparitions. Ainsi, la méthode thérapeutique qui en est issue (*Life Process Program*) a pour but de stimuler les facteurs de protection chez un individu (valeurs sociales opérantes : estime de soi, évaluation critique de son environnement, contrôle de soi...) et se pratique dans le cadre des approches centrées sur le patient.



Jorge Chaves - Fotolia.com

Le saut à l'élastique est l'une des activités pouvant renvoyer à la recherche de sensations fortes.



Raimundas - Fotolia.com

Symbolisation de la difficulté de tâche pour arriver à la résolution de l'échec.

RÉVISION DU CHAPITRE

Résumé

Que désigne historiquement le terme « addictions » ? 210

Le terme « addiction » appartenait anciennement au vocabulaire juridique français, où il désignait une « contrainte par corps ». Le prévenu, lorsqu'il ne pouvait s'acquitter de sa dette auprès du plaignant, était mis à la disposition de ce dernier. Cette mesure était nommée « addiction ». Le prévenu était ainsi « dit à » son nouveau maître (du latin *ad-dicere*). Le terme a disparu du français, pour être réintroduit sous la forme d'un anglicisme, cette fois renvoyant au champ de la psychopathologie (mais parfois simplement traduit par « assuétude »).

Quelles difficultés la question des addictions comme entité clinique pose-t-elle ? 215

On pourrait dire que les addictions constituent une entité clinique et psychopathologique à part. Elle correspond à une entité plus descriptive que répondant à des critères sémiologiques formels. L'absence de critères fermes ne favorise pas l'étude des conduites dont il est question, et enfin sous une même bannière se retrouvent des comportements différents dont on suppose les mêmes déterminants psychiques du fait de quelques proximités (dépendance, troubles du comportement, dimension compulsive des passages à l'acte), sans que cela puisse être formellement démontré. En effet, il n'y a pas vraiment de données psychiques spécifiques à une addiction et, par ailleurs, nombre de conduites décrites dans les addictions se retrouvent dans des structures psychiques déjà existantes. À noter que si une organisation de personnalité limite est souvent évoquée en ce qui concerne les personnes addictives, pour autant il ne peut être considéré qu'il s'agisse d'une généralité, les choses étant souvent fort complexes.

Quelles sont les « grandes » addictions ? 215

Les « grandes addictions » désignent la toxicomanie, l'alcoolisme, les troubles du comportement alimentaire (boulimie, anorexie).

Quel est le modèle général des addictions pour la psychanalyse ? 223

Pour la plupart des auteurs d'obédience analytique (en dehors des lacaniens), les addictions sont transnosographiques. Il en découle que les conduites addictives sont à relier, individuellement, à la structure « de base » (névrose, perversion...). Pour autant, il est admis que ces conduites possèdent des caractéristiques communes, comme la défaillance identitaire. L'acte addictif renverrait majoritairement à une économie psychique particulière, plus qu'à un symptôme au sens strict du terme (puisque'il s'agit d'un acte et non d'une formation de l'inconscient). Joyce Mc Dougall a, quant à elle, résumé la chose en parlant d'*acte symptôme* pour faire précisément une différence avec le statut du symptôme en psychanalyse.

Quelle est l'approche du modèle cognitivo-comportemental des addictions ? 226

Le modèle cognitivo-comportemental affirme un mode singulier de résolution de problèmes, où interviennent à la fois des données issues de facteurs psychologiques (traits de personnalité, structures cognitives...) et contextuels (facteurs déclenchants, renforçateurs de comportement...). Il n'existe pas réellement de données généralisables dans toute addiction, même si quelques invariants sont parfois relevés (mais surtout comportementaux) et chaque modalité d'addiction donne lieu à des singularités.

Lectures conseillées

Pour commencer

- LE POULICHET (dir.) (2000). *Les Addictions*. Paris, PUF.
- PEDINIELLI J.-L., ROUAN G., BERTAGNE P. (2000). *Psychopathologie des addictions*, Paris, PUF, 2^e éd.
- VALLEUR. M., MATYSIAK J.-C. (2006). *Les Pathologies de l'excès*, Paris, J.C. Lattès.
- VARESCON I. (2005). *Psychopathologie des conduites addictives. Alcoolisme et Toxicomanie*, Paris, Belin.

Pour aller plus loin

LESOURNE O. (2007). *La Genèse des addictions*, Paris, PUF.

MC DOUGALL J. (2004). *Théâtre du Je*, Paris, Gallimard, coll. « Folio ».

VENISSE A. (dir.). (1996). *Les Nouvelles Addictions*, Paris, Masson.

... Et encore

MOREL A., COUTERON J. P., FOUILLAND P. (2019). *Aide-mémoire d'addictologie*, Paris, Dunod, 3^e éd.

RICHARD D., SENON J.-L. (2004). *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances*, Paris, Larousse, nouvelle édition.

Webographie

Www. MISSION

INTERMINISTÉRIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE

Site gouvernemental : des dossiers, annuaires, ressources en ligne. Accès au site « drogues et dépendance ». Références légales et actualités.
www.drogues.gouv.fr

Www. TOXIBASE

Réseau national d'information et de documentation sur les drogues et les toxicomanies (base de données bibliographiques, base de données outils de prévention, base de données des sites Internet).
www.toxibase.org

Www. OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

États des lieux, politiques en cours, des documents en ligne sur ces questions.
www.emcdda.europa.eu

Www. AUTO-SUPPORT DES USAGERS DE DROGUES

Site d'usagers, qui permet de bien saisir les politiques de réduction des risques.
<http://www.asud.org/>

EXERCICES ET QCM

QCM (1 point par question)

Cochez la bonne réponse. Attention, les mauvaises réponses sont comptées – 1. Il n'y a pas de pièges, dans le doute, ne répondez pas.

1. Les critères de Goodman permettent :
 - ☐ une définition et une description opératoire de l'addiction.
 - ☐ de connaître la gravité d'un trouble addictif.
 - ☐ une sémiologie des addictions.
2. Les addictions sont une entité clinique :
 - ☐ dans l'approche psychanalytique.
 - ☐ pour les nomenclatures internationales (DSM, CIM).
 - ☐ dans une approche purement clinique et descriptive.
3. Le stade du miroir brisé :
 - ☐ désigne les moments où les assises narcissiques sont mises à mal.
 - ☐ est un modèle explicatif de l'origine de la toxicomanie.
 - ☐ renvoie au moment où la personne addictive ne se reconnaît plus.
4. Le mécanisme de défense prévalant dans l'alcoolisme est :
 - ☐ le refoulement.
 - ☐ la rationalisation.
 - ☐ le déni.
5. La lutte contre les troubles est :
 - ☐ plus caractéristique de la boulimie.
 - ☐ plus caractéristique de l'anorexie.
 - ☐ présente dans les principales addictions.
6. La stratégie dominante dans l'anorexie mentale est :
 - ☐ la restriction.
 - ☐ le contrôle.
 - ☐ la dissimulation.
7. L'ordalie :
 - ☐ désigne toute prise de risques potentiellement mortelle.
 - ☐ est un modèle explicatif de toute addiction aux drogues.
 - ☐ est un modèle explicatif de certaines conduites addictives.
8. Pour Joyce McDougall, les addictions ont une fonction :
 - ☐ défensive, notamment contre les « ratés » identitaires.
 - ☐ de maîtrise illusoire des investissements libidinaux.
 - ☐ de destruction (équivalents suicidaires).

9. Dans l'approche cognitive et comportementale :

- ☐ les effets de prise de produit deviennent les causes de consommation.
- ☐ les facteurs de fragilité internes ne participent pas aux conduites observées.
- ☐ l'abstinence est la règle initiale à toute prise en charge.

10. Le modèle de Stanton Peele :

- ☐ explique l'addiction par des croyances erronées du sujet à son propos.
- ☐ intègre une dimension sociale d'analyse.
- ☐ privilégie une approche médicale des troubles addictifs.

Exercices

De préférence, faites les exercices avec un crayon et une gomme pour pouvoir les refaire plusieurs fois. La répétition est la base de l'apprentissage.

Exercice 1 : Remplacez le bon terme devant la définition.

Termes : tolérance, alcoolisme, dépendance (deux définitions), *craving*, toxicomanie, accoutumance.

Terme	Définition
	Propriété de supporter, avec diminution de l'effet, une dose de produit ordinairement nocive (Blouin et Bergeron).
	La rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socio-culturel (Olievenstein).
	Processus d'adaptation d'un organisme à une substance qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et qui entraîne la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets (Valleur et Matyziak).
	Un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance (OMS, 1969).
	Une impulsion irrésistible envahissant le sujet lui donnant le sentiment que seule une reprise de son addiction lui apportera le soulagement (Valleur et Matyziak).
	Perte de la liberté de s'abstenir de l'éthanol (Fouquet).
	Avidité de consommer des substances qui entraînent la dépendance (Blouin et Bergeron).

Exercice 2 : Précisez, pour le jeu pathologique, ce qui occupe les fonctions ordaliques suivantes :

- prise de risque :
- mort :
- tiers symbolique :
- sentence de la conduite ordalique :
- jouissance (« flash ») :
- quête œdipienne/identitaire :

NB : pour vous aider, vous pouvez (re)lire *Le Joueur* de Fedor Dostoïevski.

Exercice 3 : Expliquez en quoi, pour la psychologie clinique, la distinction entre drogues « dures » et « douces » n'a pas de sens.

Exercice 4 : Donnez la bonne approche (psychanalytique, cognitivo-comportementale, sensations fortes, résolution de l'échec) à l'affirmation de la colonne de gauche.

La défaillance identitaire est une caractéristique commune à toutes les addictions.	
L'analyse de l'addiction permet de dégager la façon dont le sujet traite les informations, donnant accès aux structures cognitives sous-jacentes susceptibles de déclencher un comportement addictif, ou inopérant pour les inhiber.	
L'existence de comportements de prise de risques a pour finalité de connaître des expériences nouvelles (complexes et variées) afin de maintenir un niveau optimum de stimulation corticale.	
Les effets de la prise du produit vont progressivement devenir la cause des conduites addictives, les effets néfastes de la consommation du produit ou des comportements tentant d'être annulés ou compensés par un appel accru aux mêmes comportements.	
Les expériences addictives permettraient au sujet de se confronter à des situations aux effets prévisibles et qui viendraient de ce fait compenser un défaut fondamental de sécurité (estime de soi dépréciée, faible soutien social, sentiment de vide et d'ennui...), ou plus liées à une période critique pour le sujet (adolescence, divorce, situations de perte, etc.).	



Bibliographie

- ABRAHAM K. (1924). *Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux*, Œuvres complètes, t. II, Paris, Payot, 1966, p. 255-213.
- ALBERNHE K., ALBERNHE T. (2004). *Les Thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson, 2^e éd.
- ANZIEU D., CHABERT C. (1983). *Les Méthodes projectives*, Paris, PUF, 9^e éd. mise à jour, 1992.
- APPIGNANESI R. (texte), ZARATE O. (illustrations) (2006). *Freud*, Paris, Rivages poche.
- ASSOUN J.-L. (2002). *Leçons psychanalytiques sur l'angoisse*, Paris, Anthropos, 2006, 3^e éd.
- BÉNONY H. (2002). *L'Examen psychologique et clinique de l'adolescent*, Paris, Nathan.
- BÉNONY H., CHAHRAOUI K. (2013). *L'Entretien clinique*, Paris, Dunod.
- BÉNONY C., GOLSE B. (2007). *Psychopathologie du bébé*, Paris, Armand Colin, 3^e éd.
- BERGERET J. (1974). *La Personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod, 2013, 3^e éd.
- BERGIN A.E., GARFIELD S.L. (2004). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley & Sons.
- BIOY A. (2012). *Aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie du soin*, Paris, Dunod.
- BIOY A. (2007). *Découvrir l'hypnose*, Paris, InterÉditions.
- BIOY A., MAQUET A. (2015). *Se former à la relation d'aide*, Paris, Dunod, nouvelle présentation.
- BIOY A., MICHAUX D. (dir.) (2019). *Traité d'hypnothérapie. Fondements, méthodes, applications*, Paris, Dunod, nouvelle présentation.
- BOURDIN D. (2000). *La Psychanalyse de Freud à aujourd'hui*, Paris, Bréal.
- BURLLOUX G. (2004). *Le Corps et sa Douleur*, Paris, Dunod.
- CARROY J. (dir.) (2000). *Les Psychothérapies dans leurs histoires*, Paris, L'Harmattan, coll. « Psychologie clinique », nouvelle série, n° 9.
- CASTRO D. (2011). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. WAIS IV, MMPI-2, Rorschach, TAT, Paris, Dunod, 2^e éd.
- CHABERT C. (2018). *Psychanalyse et méthodes projectives*, Paris, Dunod.
- CHABERT C., KAËS R., LANOUZIÈRE J., SCHNIEWIND A. (2005). *Figures de la dépression*, Paris, Dunod.
- CHAHRAOUI K., BÉNONY H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. (2019). *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod, 3^e éd.
- CHILAND C. (1985). *L'Entretien clinique*, Paris, PUF.
- COTTRAUX J. (2004). *Les Thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.
- DELION P. (2005). *Soigner la personne psychotique*, Paris, Dunod.
- DE PERROT E., WEYENETH M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie*, Bruxelles, De Boeck.
- DOUCET P., REID W. (dir.) (1998). *La Psychothérapie psychanalytique*, Paris, Gaëtan Morin.
- DOUVILLE O. (dir.) (2014). *Les Méthodes cliniques en psychologie*, Paris, Dunod, nouvelle présentation.
- DUMET N. (2002). *Clinique des troubles psychomatiques*, Paris, Dunod.
- EXNER J. (1993). *Le Rorschach : un système intégré*, Paris, Frison-Roche.
- FÉLINE A., GUELFY J.-D., HARDY P. (2002). *Les Troubles de la personnalité*, Paris, Flammarion.
- FERNANDEZ L., BONNET A. (2007). *Les Méthodes et la pratique en psychopathologie et en psychologie clinique*, Paris, In Press.
- FERNANDEZ L., CATTEEUW M. (2001). *La Recherche en psychologie clinique*, Paris, Nathan.
- FERRAGUT E. (dir.) (2007). *Souffrance, maladie et soins*, Paris, Masson.
- FERRAGUT E. (dir.) (2002). *Thérapies de la douleur*, Paris, Masson.
- FOUQUES D. (2004). « Évaluation des psychothérapies : l'apport du Rorschach (SI) », *Psychologie française*, 49, 25-32.
- FREUD S. (1915). « Deuil et mélancolie », *Métopsychoanalyse*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1968, 145-171.
- FREUD S. (1989). *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard.

- FREUD S. (1973). *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1999, 12^e éd.
- GILLIERON E. (2004). *Le Premier Entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod, 2^e éd.
- GOLSE B. (2008). *Le Développement affectif et intellectuel de l'enfant*, Paris, Masson, 4^e éd.
- GRAZIANI P. (2008). *Anxiété et troubles anxieux*, Paris, Armand Colin.
- HANSENNE M. (2005). *Psychologie de la personnalité*, Bruxelles, De Boeck, 2^e éd.
- HAOUZIR S., BERNOUSSI A. (2014). *Les Schizophrénies*, Paris, Armand Colin, 3^e éd.
- IONESCU S. (2019). *15 approches de la psychopathologie*, Paris, Dunod, 5^e éd.
- KELLER P.H. (2006). *Le Dialogue du corps et de l'esprit*, Paris, Odile Jacob.
- KERNBERG O. (2016a). *La Personnalité narcissique*, Paris, Dunod.
- KERNBERG O. (2016b). *Les Troubles limites de la personnalité*, Paris, Dunod.
- KLEIN M. (1932). *La Psychanalyse des enfants*, Paris, PUF, 2004.
- KLEIN M. (1934). « Contribution à l'étude de la psychogénèse des états maniaco-dépressifs », *Essais de psychanalyse 1921-1945*, Paris, Payot, p. 311-340.
- KLEIN M. (1934-1940). *Deuil et dépression*, Paris, Payot, 2004.
- LADOUCEUR R., MARCHAND A., BOISVERT J.-M. (dir.) (2002). *Les Troubles anxieux. Approche cognitive et comportementale*, Paris, Masson.
- LAGACHE D. (1949). *L'Unité de la psychologie. Psychologie expérimentale et psychologie clinique*, Paris, PUF, 2004, 7^e éd.
- LALOUÉ R. (2000). *La Psychose selon Freud*, Paris, L'Harmattan.
- LEBOVICI S., ALLÉON A.M., MORVA O. (1990). *Devenir « adulte » ?*, Paris, PUF.
- LEBOYER M. (dir.) (2005). *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*, Paris, John Libbey Eurotext.
- LÉPINE J.-P., GASQUET I., KOVESS V. et al. (2005). « Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique. ESEMeD/MHEDEA, 2000 (ESEMeD) », *L'Encéphale*, 31, 182-194.
- MARC E. (2002). *Le Changement en psychothérapie*, Paris, Dunod.
- MCDUGALL J., LEBOVICI S. (2001). *Dialogue avec Sammy*, Paris, Payot.
- MEHRAN F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité borderline*, Paris, Masson, 2^e éd.
- MÉNÉCHAL J. (1999). *Qu'est-ce que la névrose ?*, Paris, Dunod.
- MICHEL G., PURPER-OUAKIL D. (2006). *Personnalité et développement : du normal au pathologique*, Paris, Dunod.
- MIJOLLA-MELLOR S. (1998). *Penser la psychose : la lecture de l'œuvre de Piera Aulagnier*, Paris, Dunod.
- MIRABEL-SARRON C., DOCTEUR A. (2013). *Apprendre à soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*, Paris, Dunod.
- MIRABEL-SARRON C., LEYGNAC-SOLIGNAC I. (2015). *Les troubles bipolaires de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif. Comprendre et traiter, prévenir les rechutes*, Paris, Dunod, 3^e éd.
- MOREL A., COUTERON J. P, FOUIL- LAND P., (2019). *Aide-mémoire d'addictologie*, Paris, Dunod, 3^e éd.
- MORO M.R., LACHAL C. (2012). *Les Psychothérapies*, Paris, Armand Colin, 2^e éd.
- OHAYON A. (2006). *Psychologie et psychanalyse en France*, Paris, La Découverte/Poche.
- PEDINIELLI J.-L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Armand Colin, 4^e éd.
- PEDINIELLI J.-L., BERNOUSSI A. (2011). *Les États dépressifs*, Paris, Armand Colin, 2^e éd.
- PEDINIELLI J.-L., BERTAGNE P. (2016). *Les Névroses*, Paris, Armand Colin, 3^e éd.
- PEDINIELLI J.-L., FERNANDEZ L. (2015). *L'Observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Armand Colin, 3^e éd.
- PEDINIELLI J.-L., GIMENEZ G. (2016). *Les Psychoses de l'adulte*, Paris, Armand Colin, 2^e éd.
- PERRON R. (dir.) (2006). *La Pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.
- PERROT E. DE (2006). *La Psychothérapie de soutien*, Bruxelles, De Boeck.
- POSTEL J., QUÉTEL C. (dir.) (2004). *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, nouvelle édition.
- RICHARD F. (2013). *Les Troubles psychiques à l'adolescence*, Paris, Dunod.
- ROGERS C. (2018). *Les Groupes de rencontre*, Paris, InterEditions, nouvelle présentation.
- ROGERS C. (1968). *Le Développement de la personne*, Paris, InterEditions, 2018, nouvelle présentation.
- RUSZNIEWSKI M. (2012). *Le Groupe de parole à l'hôpital*, Paris, Dunod.
- SMIRNOFF V. (1992). *La Psychanalyse de l'enfant*, Paris, PUF, 6^e éd.
- SULTAN S. (2004). *Le Diagnostic psychologique. Théorie, éthique, pratique*, Paris, Frison-Roche.
- VINAY A. (2020). *Le Dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Dunod, 3^e édition.
- WIDLÖCHER D. (2005). *Traité de psychopathologie*, Paris, PUF, coll. « Quadrige ».
- WIDLÖCHER D. (2005). « Place des traitements psychanalytiques dans les états dépressifs », in M. Leboyer (éd.), *Troubles bipolaires : pratiques, recherches et perspectives*, Paris, John Libbey Eurotext, p. 93-101.
- WIDLÖCHER D. (1995). *Logiques de la dépression*, Paris, Fayard, nouvelle édition.
- YOUNG J.E., KLOSKO J.S., WEISHAAR E. (2005). *La Thérapie des schémas*, Bruxelles, de Boeck.
- ZARIFIAN E. (1988). *Les Jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob.

CORRIGÉS

1. PRÉSENTATION DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Corrigé du QCM

1. Réponse 2.
2. Réponse 1.
3. Réponse 2.
4. Réponse 2.
5. Réponse 1.
6. Réponse 2.
7. Réponse 1.
8. Réponse 3.
9. Réponse 2.
10. Réponse 1.
11. Réponse 1.
12. Réponse 2.
13. Réponse 2.
14. Réponse 3.
15. Réponse 2.
16. Réponse 3.
17. Réponse 2.
18. Réponse 3.
19. Réponse 3.
20. Réponse 1.

Corrigé des exercices

Corrigé 1

ECPA	Éditions du Centre de psychologie appliquée
WAIS	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale</i>
WISC	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i>
NEMI	Nouvelle Échelle métrique de l'intelligence
MADRS	<i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
TAT	<i>Thematic Aperception Test</i>
EPI	<i>Eysenck Personality Inventory</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
QI	Quotient intellectuel

Corrigé 2

Discuter de ce qui relève de processus normaux et pathologiques est toujours une entreprise complexe en psychologie, que l'on prenne comme référence la dimension de la normativité statistique ou de la normativité individuelle. Ce qui définit le normal et le pathologique est toujours en référence avec une culture donnée, à une période donnée d'évolution de la civilisation considérée :

- normativité statistique : elle est construite à partir d'études sur une population définie, et dans un contexte donnée, donc sont menées au sein d'une culture précise ;
- normativité individuelle : dans cette compréhension, le ressenti de l'individu et son interprétation de ses éventuels symptômes sont au centre de la réflexion. Ce qui revient à dire que les données culturelles qui l'ont façonné interviennent dans l'interprétation et le ressenti exprimé.

Dans les deux cas de figure, on est donc dans une intégration de données culturelles, soit sur un plan groupal et statistique, soit sur un plan individuel et subjectif.

Corrigé 3

L'entretien est une méthode d'investigation car elle permet, de façon plus ou moins structurée suivant les contextes, de saisir certains mouvements internes des patients, de poser des hypothèses diagnostiques et de recueillir des informations sur l'environnement d'une situation. L'entretien permet aussi de percevoir quelle place le patient prend par rapport à sa souffrance et à ce qui la nourrit ; il permet aussi d'avoir une perception des ressources et leviers thérapeutiques possibles. L'entretien clinique peut être thérapeutique en soi dans le sens où il s'agit d'un temps de rencontre, où la qualité de présence du clinicien peut avoir une influence positive sur la situation telle qu'elle se présente. Autrement dit, le contexte de l'entretien est en soi un élément participatif de l'évolution d'une situation pour l'instant perçue comme défavorable et produisant la plainte.

2. SPÉCIFICITÉ DE LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Corrigé du QCM

1. Réponse 1.
2. Réponse 3.
3. Réponse 2 (Pinel étant chef de service, c'est à lui qu'est attribué à tort ce mérite plutôt qu'à Pussin, son infirmier en chef. Pinel lui-même reconnaissait à Pussin la paternité de cet acte, qu'il a cependant eu le grand mérite d'accepter, d'imposer et de soutenir).
4. Réponse 2.
5. Réponse 2.
6. Réponse 3.
7. Réponse 2.
8. Réponse 1.
9. Réponse 1.
10. Réponse 3.
11. Réponse 3.
12. Réponse 1.
13. Réponse 2.
14. Réponse 1.
15. Réponse 2.
16. Réponse 3.
17. Réponse 1.
18. Réponse 2.
19. Réponse 1.
20. Réponse 3.

Corrigé des exercices

Corrigé 1

- Je suis un psychiatre.
- Je suis un psychologue clinicien.
- Je suis un psychiatre.
- Je suis un psychanalyste.
- Je suis un psychologue clinicien.
- Je suis un psychiatre.
- Je suis un psychologue clinicien.
- Je suis un psychanalyste.
- Je suis un psychanalyste.
- Je suis soit un psychologue clinicien, soit un psychiatre, soit un psychanalyste.

Corrigé 2

1801 : Classification des troubles mentaux par Pinel.

1808 : Première utilisation du terme « psychiatrie ».

1818 : Rapport Esquirol.

1838 : loi fixant l'existence des hôpitaux psychiatriques et les modalités de placement des patients.

1952 : Première version du DSM.

1960 : Sectorisation des structures psychiatriques en France.

1969 : Scission entre psychiatrie et neurologie.

1990 : Réforme de la loi faisant suite au rapport Esquirol.

1994 : 4^e version du DSM.

2001 : Rapport Piel/Roelandt.

2005 : Début du plan santé mentale en France.

Corrigé 3

La méthodologie sera différente suivant que l'on considère un spécialiste du somatique et un spécialiste du psychisme. Ainsi, la méthodologie médicale suit globalement le schéma suivant : symptômes transformés en signes cliniques, établissement d'un diagnostic (parfois après un regroupement par syndrome), celui-ci mène à un diagnostic et à un pronostic qui, enfin, donnent lieu à un traitement (éventuellement évalué dans le temps : notion de suivi).

La méthodologie en psychologie clinique est bien différente. Les symptômes sont entendus principalement dans leurs aspects subjectifs, et replacés dans un contexte général (histoire de vie, histoire actuelle, mouvements psychologiques dont les investissements du patient et sa vie psychique). Ils acquièrent ainsi un sens sur le plan psychique. Ce sens est alors évalué dans ses fonctions, et au regard des empêchements auxquels il peut donner lieu pour envisager un travail de soutien psychologique ou de psychothérapie.

Considérons l'exemple suivant :

– Dans la méthodologie médicale, le praticien entend que son patient dit qu'il est fatigué, avec une impression de douleur localisée et grandissante depuis plusieurs mois. Ces symptômes deviennent des signes cliniques, ici, par exemple (et après évaluation et examen clinique), asthénie et réaction inflammatoire. Le diagnostic qui est porté est, par exemple, douleurs par

excès de nociception dans un contexte d'inflammation dû à l'expansion d'une tumeur avec compression sur les tissus périphériques. Le traitement sera celui de la prescription d'antalgiques.

– Dans la méthodologie psychologique, la fatigue est la douleur grandissante est, par exemple, mise en perspective avec la difficulté du patient à accepter sa pathologie cancéreuse (apparition des premiers troubles au moment de l'annonce, liens que fait le patient avec l'histoire d'un cancer chez un proche familial et les troubles somatiques qu'il avait endurés avant de décéder...). Après analyse clinique, le sens des symptômes semble par exemple être un déplacement de la question de la non-acceptation de la maladie à la non-acceptation de certains symptômes. Autrement dit, d'une réaction de défense qui possède l'avantage de parler de la situation, tout en « évitant » une discussion autour du motif principal de mal-être. Un accompagnement psychologique durant cette période charnière pourra être envisagé, tout en respectant les défenses présentes tant qu'elles ne viennent pas empêcher une certaine expression des affects, et de ce fait qu'il n'y a pas de demande particulière du patient pour que les choses changent.

Corrigé 4

Le diagnostic psychologique dérive d'une analyse ordonnée et experte. Afin de l'établir, le psychologue met en œuvre les méthodes qu'il juge nécessaires pour cela (entretien, tests, etc.). Ce diagnostic a pour objectif non pas d'établir un diagnostic médical, mais un diagnostic plus ouvert et complet : relevé des signes cliniques, de leur intensité et de leur évolution, analyse de la plainte et de son contexte, hypothèses de fonctionnement psychique (modalités défensives, adaptatives, type d'angoisse, ressources à l'œuvre...), modalités d'organisation de la personnalité, hypothèses diagnostiques argumentées. Et enfin, le cas échéant, propositions thérapeutiques argumentées au regard des éléments qui précèdent

(à la fois méthodes, axes de travail à privilégier, éléments de surveillance et d'appréciation de l'évolution de la situation).

3. PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Corrigé du QCM

1. Réponse 3.
2. Réponse 1.
3. Réponse 2.
4. Réponse 2. Il n'existe pas d'ordre professionnel des psychologues.

5. Réponse 1.
6. Réponse 3. Les tests sont protégés légalement et ne peuvent être utilisés que par des psychologues cliniciens dûment formés.
7. Réponse 2.
8. Réponse 2.
9. Réponse 1.
10. Réponse 1.
11. Réponse 2.
12. Réponse 1.
13. Réponses 2 et 3.
14. Réponse 2 : un compte rendu doit être synthétique et précis, fait au sujet ainsi qu'au demandeur, en termes clairs, ciblés et compréhensibles.
15. Réponse 2.

Corrigé des exercices

Corrigé 1

Faire un bilan de personnalité participant à un diagnostic psychiatrique	Santé
Faire un atelier d'éveil pour une population de patients autistes	Réinsertion
Suivre un mémoire de recherche étudiant	Social
Suivre des patients atteints du sida en hôpital de jour de médecine interne	Prévention
Rencontrer un patient pour un syndrome de stress post-traumatique suite à un accident de la voie publique, à l'hôpital	Scolaire
Participer à un entretien d'annonce de diagnostic somatique (type cancer)	Judiciaire
Travailler dans une cellule médicale au sein d'une prison	Formation
Participer à un programme d'information autour des effets du cannabis en lycée	Enseignement
Travailler dans un bus d'accueil pour personnes prostituées	
Organiser un temps autour d'une méthode de prise en charge (exemple : soins palliatifs) auprès de soignants	

Corrigé 2

Les principales références au code de déontologie sont les suivantes :

- Point 1 des principes généraux, relatif au respect des droits de la personne. [...] Réciproquement, toute personne doit pouvoir s'adresser directement et librement à un

psychologue. Le psychologue préserve la vie privée des personnes en garantissant le respect du secret professionnel, y compris entre collègues.

- Article 8 : Le fait pour un psychologue d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à toute entreprise

privée ou tout organisme public, ne modifie pas ses devoirs professionnels, et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance du choix de ses méthodes et de ses décisions. [...]

– Article 12: Le psychologue est seul responsable de ses conclusions. Il fait état des méthodes et outils sur lesquels il les fonde, et il les présente de façon adaptée à ses différents interlocuteurs, de manière à préserver le secret professionnel. Les intéressés ont le droit d'obtenir un compte rendu compréhensible des évaluations les concernant, quels qu'en soient les destinataires. Lorsque ces conclusions sont présentées à des tiers, elles ne répondent qu'à la question posée et ne comportent les éléments d'ordre psychologique qui les fondent que si nécessaire.

– Article 13 : [...] Dans le cas particulier où ce sont des informations à caractère confidentiel qui lui indiquent des situations susceptibles de porter atteinte à l'intégrité psychique ou physique de la personne qui le consulte ou à celle d'un tiers, le psychologue évalue en conscience la conduite à tenir, en tenant compte des prescriptions légales en matière de secret professionnel et d'assistance à personne en danger. Le psychologue peut éclairer sa décision en prenant conseil auprès de collègues expérimentés.

Toute la difficulté est ici de pouvoir articuler exigences en lien avec la pratique de la psychologie clinique, et exigences des motifs de présence du patient dans l'institution considérée (ici, un établissement de santé). Le plus souvent, les psychologues privilégient la notion de secret partagé (même si elle ne possède pas de cadre légal) : avec l'accord du patient, certains éléments pourront être transmis à l'équipe si ces éléments ont un lien (et une incidence) direct avec la façon dont les soins sont réalisés ou un choix thérapeutique à effectuer. Mais les informations ainsi transmises se doivent toujours de respecter les règles déontologiques. Si le patient est opposant, voire violent, lors de la toilette et que le psychologue a connaissance d'un trauma en lien avec ce problème (la toilette réactivant des souvenirs

d'attouchement, par exemple), il n'est pour autant pas question de faire part de cet épisode de vie à ses collègues. Il s'agira plutôt de recadrer la situation : l'opposition aux soins de toilette et la violence du patient ne sont pas une agression directe envers les soignants pour ce qu'ils sont mais pour ce qu'ils représentent et réactivent malgré eux d'un épisode douloureux de vie. La démarche à discuter sera de voir ce que le patient est capable de faire seul, et qu'il faudra préserver, et ce qui nécessite une aide. Pour ce dernier point, ce qu'il sera certainement à susciter de la part des collègues sera un dialogue avec le patient concernant les conditions du soin. Parallèlement à cette aide à l'équipe, le psychologue clinicien durant son travail clinique auprès du patient évaluera avec lui la pertinence d'aborder ou non le trauma antérieur pour y trouver une résolution sur un plan psychique.

Corrigé 3

Réponse F. D'après Dupont et Lebrun (2019), compte tenu de la loi, de l'absence de jurisprudence sur la question, de la déontologie et de l'éthique, voici ce que nous préconisons :

– Le psychologue peut voir cet enfant, si l'intervention ne met pas en jeu sa sécurité, sa santé et l'avenir. Ce type d'acte (consultation psychologique) pouvant se rapprocher d'un « acte usuel » au plan juridique. Mais attention, comme il n'y a pas de jurisprudence, cela serait à l'appréciation d'un juge en cas de litige. Le psychologue pourrait cependant se défendre en argumentant qu'il a agi « dans l'intérêt de l'enfant » s'il estime qu'il ne fallait pas prévenir le parent, en expliquant en quoi cela aurait pu avoir des conséquences négatives pour l'enfant.

– À partir de quand considère-t-on qu'une intervention modifie la vie de cet enfant, et donc n'entre probablement pas dans le cadre d'un « acte usuel » ?

Une ou deux consultations psychologiques ne poseraient probablement pas de problème du point de vue légal et n'imposeraient

pas de contacter la mère, d'avoir l'accord officiel des deux parents.

En revanche, s'il s'agit d'une évaluation psychologique avec tests (échelles d'intelligence, tests projectifs,...) et qui pourrait de ce fait « avoir une incidence sur la vie de l'enfant » et a fortiori pour une psychothérapie, il faut l'accord des deux parents, d'autant plus s'il y a conflit comme ici.

– Au-delà de la loi, comment travailler avec un enfant sans que ses deux parents soient au courant ? L'enfant se verrait ainsi pris malgré lui dans des enjeux parentaux, voire des conflits de loyauté (« Si je fais quelque chose que Papa veut et que maman ne veut pas, je prends parti pour Papa, et je vais décevoir Maman »...).

Si le psychologue décide de mener un examen psychologique complet (avec tests), la meilleure stratégie consisterait à inviter le père à prévenir la mère (pour favoriser une démarche visant à une meilleure cohésion parentale autour de l'enfant), puis dire que le psychologue la contactera après que le père l'aura informée. Comme cela, si jamais le père ne le fait pas, la psychologue le fera de toute façon.

4. LES SUIVIS THÉRAPEUTIQUES

Corrigé du QCM

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 3. | 6. Réponse 1. |
| 2. Réponse 1. | 7. Réponse 1. |
| 3. Réponse 1. | 8. Réponse 2. |
| 4. Réponse 2. | 9. Réponse 3. |
| 5. Réponse 3. | 10. Réponse 3. |

Corrigé des exercices

Corrigé 1

Toute situation de difficulté dans la vie d'un patient, voire de **souffrance**, n'engage pas forcément vers une évaluation globale de la **dynamique psychique** du

patient, ni vers une psychothérapie qui vise un **changement** majeur, profond et si possible durable).

Le groupe de paroles peut être perçu comme une forme de **thérapie de soutien**. Il réunit un ensemble de personnes à intervalles **définis**, pour une durée fixée. Le groupe est animé par un professionnel de la **thérapie**, qui assure à la fois un travail de dynamique **interne**, de la parole et des **émotions**, et de gestion de la **vie psychique groupale**.

La thérapie de soutien n'est pas une forme « sous-modulée » de la psychothérapie. Elle possède de véritables fonctions d'encadrement psychique et de **restauration des patients**.

La situation problématique possède des incidences **psychiques** et met à mal les **modalités de défense** du sujet, qui bien souvent se sent « débordé » et « moins sûr de lui ». La thérapie de soutien, lorsque le patient en fait la demande, est là pour aider à ce qu'une meilleure **adaptation** se fasse et qu'un nouvel équilibre psychique se trouve.

Carl Rogers a avant tout pensé sa méthode dans une approche plus thérapeutique et **psychopédagogique** que réellement psychothérapeutique. D'ailleurs, l'approche rogéienne, également appelée **counseling** n'a pas donné lieu à une psychopathologie particulière (car, selon Rogers, chaque Être est à même d'actualiser ses potentialités jusqu'à retrouver un équilibre, notamment au sein de **relations interpersonnelles**).

Les thérapies de soutien humanistes s'inscrivent dans une forme de **relation d'aide**. La prise en charge du patient est basée à la fois sur des techniques **communicationnelles** mais surtout des **attitudes thérapeutiques**.

Ce que l'on nomme de nos jours « psychothérapie » correspond à une modalité de prise en charge dans le champ des pratiques dites **scientifiques** des difficultés psychiques.

Au début du **xx^e** siècle, et naissant du champ de l'**hypnose**, la psychanalyse se développe et constitue alors la modalité psychothérapeutique dominante.

La question du lien entre psychothérapie et psychopathologie est notamment ce qui va nourrir la nécessaire question :

- de l'évaluation des approches que mobilise tel modèle, comment, avec quels **effets**, voire quelle **efficacité**, etc. ;
- des critères permettant d'**orienter** du mieux possible un patient, en fonction de son profil de personnalité, des **troubles** présentés, de son désir, de la réalité de l'offre thérapeutique possible, etc. ;
- des complémentarités entre modèles, au-delà des querelles de chapelles et croyances aveugles tout autant que déraisonnables en « **la supériorité** » d'une conception plutôt que d'une autre.

Voici quelques critères de spécification de ce que l'on nomme « psychothérapie », au sens strict du terme :

- une **intention** thérapeutique en lien direct avec un savoir éclairé et validé tant par des données fondamentales que **cliniques** ;
- un champ d'**expertise** permettant d'avoir un regard fiable sur les éléments impliqués dans le processus psychothérapeutique, et de pouvoir évaluer ses **pratiques** ;

- un lien direct avec une conception claire et déontologique de l'humain et une théorisation psychopathologique donnée.

Toute consultation en psychothérapie est motivée par le désir d'un gain et le plus souvent par un désir **de changement**.

Le psychothérapeute est le garant **du cadre**, dont le cheminement possède deux déterminants principaux :

- la mise en place du **cadre** thérapeutique, fonction des références théoriques et conceptuelles du thérapeute, ainsi que du **trouble** annoncé par le patient, et enfin (quoique dans une part plus relative), le désir du patient ;
- l'évolution du cadre qui peut connaître certaines inflexions ponctuelles (une séance qui sera plus directive et contenante, du fait d'une forme de sidération du patient, par exemple) ou plus durables (modification du **temps** des consultations, par exemple) lorsque cela est nécessaire, au moins du point de vue du **psychologue**.

À l'intérieur du cadre thérapeutique va se développer un **relationnel** singulier entre le praticien et son **patient**, ainsi que diverses expressions que les choses évoluent **pour le patient**. L'ensemble de ces éléments, selon la culture théorique que le psychothérapeute adopte, va faire l'objet d'une analyse stricte selon une lecture donnée.

5. LES PRINCIPAUX MODÈLES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

Corrigé du QCM

En psychanalyse :

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 2. | 6. Réponse 3. |
| 2. Réponse 1. | 7. Réponse 1. |
| 3. Réponse 2. | 8. Réponse 2. |
| 4. Réponse 1. | 9. Réponse 2. |
| 5. Réponse 1. | 10. Réponse 2. |

Dans l'approche comportementale et cognitive :

- | | |
|----------------|----------------|
| 11. Réponse 1. | 16. Réponse 1. |
| 12. Réponse 2. | 17. Réponse 3. |
| 13. Réponse 3. | 18. Réponse 2. |
| 14. Réponse 1. | 19. Réponse 2. |
| 15. Réponse 1. | 20. Réponse 3. |

Autres approches :

- | | |
|----------------|----------------|
| 21. Réponse 2. | 26. Réponse 1. |
| 22. Réponse 2. | 27. Réponse 2. |
| 23. Réponse 3. | 28. Réponse 1. |
| 24. Réponse 1. | 29. Réponse 3. |
| 25. Réponse 3. | 30. Réponse 2. |

Corrigé des exercices

Corrigé 1

1. Albert Bandura.
2. Le renforcement.
3. Conditionnement pavlovien.
4. John B. Watson.
5. Un processus contrôlé.
6. Anna O.
7. Conscient, préconscient, inconscient.

8. Un symptôme.
9. Le divan.
10. L'inconscient.
11. Grégory Bateson.
12. Le patient désigné.
13. L'homéostasie.
14. Karl Jaspers.
15. François Roustang.
16. Milton Erickson.
17. La psychologie de la forme.
18. La thérapie des schémas.
19. John Bowlby.
20. L'alliance thérapeutique.

Corrigé 2

1. Psychanalytique.
2. Comportementale.
3. Cognitiviste.
4. Thérapeute ACT.
5. Systémicienne.

6. DU DÉVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF VERS L'ADOLESCENCE

Corrigé du QCM

1. Réponse 2.
2. Réponse 1.
3. Réponse 3.
4. Réponse 1.
5. Réponse 3.
6. Réponse 2.
7. Réponse 1.
8. Réponse 3.
9. Réponse 3.
10. Réponse 2.

Corrigé des exercices

Corrigé 1

Chez les garçons, l'étayage libidinal s'est construit autour de la mère, qui va rester l'objet privilégié. Mais la perception d'une absence de pénis chez elle et la présence d'un pénis chez lui et chez son père génère une angoisse de castration : peur que le père pour se venger du désir d'amour exclusif de la mère, ne le castré. Cette angoisse de castration permet alors au petit garçon de renoncer à l'amour exclusif de sa mère (pour ne pas perdre son pénis) ; s'engage alors le processus d'identification au père, qui lui permet de trouver d'autres objets d'amour. Les pulsions se subliment dans des activités socialement acceptables (compétition, plaisir aux apprentissages intellectuels...).

Corrigé 2

En psychologie clinique, le terme de « crise d'adolescence » n'a pas de sens. Il s'agit souvent d'un terme utilisé par des adultes qui ne veulent pas aller à la rencontre avec l'adolescent : dire « il fait sa crise d'adolescence » permet de ne pas s'enquérir de ce qui, réellement, ne va pas chez l'autre (principe d'évitement). Ceci peut avoir des répercussions particulièrement néfastes, puisque la jeune personne voit sa difficulté étiquetée de façon globale, générale, et sans que cela ait du sens alors même que cette période est une quête vers l'individualité et la recherche de reconnaissance pour ce que l'on est.

Pour autant, il peut exister des moments de crises à l'adolescence, les enjeux de maturation étant importants et parfois difficiles et lourds à mener. Le recours à des comportements de prise de risque ou addictifs par exemple peut avoir dans ce contexte valeur d'auto-thérapie chez l'adolescent.

Corrigé 3

Phase où l'objet de la pulsion passe de partiel à total (dans des conditions habituelles de développement).	Phase œdipienne
Là où les mécanismes de <i>refoulement</i> et de <i>sublimation</i> sont particulièrement à l'œuvre.	Phase de latence
À ce stade, l'enfant perçoit l'objet total et, en fonction des pôles expulsion/rétention, les relations d'objets se structurent sur ces modalités.	Phase anale
N'est pas considérée comme un stade de développement affectif en tant que tel.	Adolescence
Apaisement de la vie affective qui permet aux investissements relationnels et intellectuels de se développer.	Phase de latence
S'étend sur la seconde année de la vie.	Phase anale
C'est à partir de l'expérience de la satisfaction de cette 1 ^{ère} pulsion que la dynamique d'un psychisme va se constituer.	Phase orale
Phase où le corps est particulièrement le support de la quête identitaire du sujet.	Adolescence
Au plan de la relation d'objet à ce stade, l'enfant passe du narcissisme primaire vers un début de relation dite anaclitique, à un objet partiel.	Phase orale
Phase dont la résolution donne lieu à la maturation du surmoi et de l'idéal du moi.	Phase œdipienne

7. LES TROUBLES NÉVROTIQUES ET LES TROUBLES ANXIEUX

Corrigé des questions

- Réponse 2.
- Réponse 3.
- Réponse 3.
- Réponse 3.
- Réponse 1 Note : la nymphomanie est un trouble psychopathologique sévère, très éloigné du sens que ce terme a dans le langage courant.
- Réponse 2.
- Réponse 2.
- Réponse 3.
- Réponse 1.
- Réponse 4.

Corrigé des exercices

Corrigé 1

« Monsieur C, âgé de 42 ans, consulte car depuis quelques mois, il se décrit comme « **obsédé par la peur d'avoir le sida** ». Sa vie sentimentale est stable, il vit avec son épouse depuis 10 ans, et n'a pas eu de relations extraconjugales. Il se décrit comme catholique pratiquant, très **soucieux de se conformer aux principes moraux** prônés par sa religion. Il travaille en tant que cadre dans une société informatique et a deux enfants de 7 et 4 ans.

Il décrit qu'il est envahi **d'idées obsédantes** quand il doit prendre le métro, le train, doit aller dans des toilettes publiques, car il a **peur d'attraper le sida** en touchant un objet qui aurait été souillé par une personne séropositive et ajoute « j'ai beau savoir que ça ne se transmet pas comme ça, c'est plus fort que moi ». Du coup, il se

lave les mains jusqu'à 30 fois par jour. Il a une peur majeure aussi de transmettre le sida à son épouse, et a proposé à celle-ci d'avoir des rapports sexuels avec préservatifs. Elle ne comprend pas du tout sa réaction, et le couple n'a plus de vie sexuelle depuis plusieurs mois. Aujourd'hui, il est très gêné quand il doit se déplacer en transport en commun ou serrer la main à des inconnus. Il dit n'avoir jamais éprouvé de telles craintes auparavant, mais se décrit comme quelqu'un qui accorde beaucoup d'importance à l'ordre, au rangement et au ménage. Il dit que ses proches le décrivent comme quelqu'un de droit. Les relations avec son épouse sont assez conflictuelles cependant. Elle lui reproche une certaine avarice, avec laquelle il n'est pas du tout d'accord, il dit qu'il tient beaucoup à économiser pour l'avenir de ses enfants et que sa femme est très dépensière ».

Au plan de la personnalité, on retrouve : conformisme, sens de la morale, droiture, souci de l'ordre (ménage, rangement), tendance à l'avarice.

Au plan des symptômes : obsessions phobiques (peur de contamination) et compulsions : rituels de lavages.

La critique des symptômes est présente.

Corrigé 2

La réponse est non. Dans le DSM-5, l'attaque de panique est une « spécification », pas un trouble. Un trouble panique se caractérise par des attaques de paniques (AP), récurrentes et inattendues, avec au moins une AP suivie pendant au moins un mois de la crainte persistante d'en avoir d'autres (ou des craintes concernant leurs conséquences) et/ou des changements de comportement significatifs et inadaptés en relation avec les AP.

Certaines personnes font une fois une attaque de panique dans leur vie et n'en referont plus jamais et peuvent ne souffrir d'aucun trouble.

Par ailleurs, il est possible, quand on souffre de certains troubles (TOC, PTSD, troubles anxieux, etc.) de faire des attaques de panique. Par exemple, si vous avez la

phobie des araignées et que vous vous trouvez enfermé dans un petit local avec une énorme araignée (autrement dit, si vous ne pouvez pas éviter), vous risquez de faire une attaque de panique, sans pour autant souffrir d'un trouble panique. C'est pourquoi le DSM permet de coter un trouble x (autre qu'un trouble panique) avec spécification « avec attaques de panique ».

Dans un trouble panique, le patient a peur d'avoir une crise de panique (il a peur d'avoir peur) et alors qu'un patient phobique a peur de l'objet de sa phobie, une patiente souffrant de TOC fera une AP si elle ne peut effectuer son rituel, une patiente traumatisée fera une AP si elle se retrouve face à un stimulus qui réactive le trauma (ex. la vue d'une couteau si la personne a été agressée au couteau). Elles peuvent être récurrentes mais pas inattendues comme dans un trouble panique.

8. LES TROUBLES DE L'HUMEUR

Corrigé des questions

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 3. | 9. Réponse 1. |
| 2. Réponse 1. | 10. Réponse 2. |
| 3. Réponse 2. | 11. Réponse 1. |
| 4. Réponse 2. | 12. Réponse 3. |
| 5. Réponse 1. | 13. Réponse 3. |
| 6. Réponse 2. | 14. Réponse 2. |
| 7. Réponse 3. | 15. Réponse 1. |
| 8. Réponse 2. | |

Corrigé des exercices

Corrigé 1 : Étude de cas

1. Tous !
2. Selon le modèle psychanalytique, le licenciement est une perte, laquelle provoque un deuil que le moi n'arrive pas à faire, réactualise la position dépressive (Melanie Klein).

Elle a perdu les renforçateurs positifs liés au travail et reçoit des conséquences aversives de la part de son conjoint.

Corrigé 2

Les termes « morose, pessimiste », l'hypothèse du médecin, les baisses de moral, pertes d'énergie et troubles de la concentration nous font émettre deux hypothèses : épisode dépressif caractérisé ou trouble dysthymique.

Les propos du patient ne vont pas franchement dans le sens de l'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) : « pas tous les jours, pas tout le temps ».

Il conviendra alors d'investiguer finement si le patient a actuellement et/ou a déjà connu des périodes d'EDC. Si ce n'est pas le cas, on pourra alors vérifier qu'il présente bien les critères de la dysthymie : humeur triste au moins un jour sur deux, pendant au moins deux ans... (cf. critères de la dysthymie dans le chapitre).

9. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Corrigé du QCM

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 2. | 6. Réponse 3. |
| 2. Réponse 1. | 7. Réponse 1. |
| 3. Réponse 2. | 8. Réponse 2. |
| 4. Réponse 1. | 9. Réponse 1. |
| 5. Réponse 1. | 10. Réponse 1. |

Corrigé des exercices

Corrigé 1

L'approche sémiologique des personnalités dépendantes (soumission, dépendance à autrui) évoque en psychanalyse la quête affective (dans le registre hystérique) ou la relation anaclitique (dans le registre limite, selon Bergeret). Au plan développemental, ces caractéristiques concernent les modalités orales de rela-

tion. Dans l'hystérie, ceci s'accompagnera d'aspects névrotiques (séduction, dimension œdipienne, avec un registre défensif qui lui est propre : refoulement, etc.) alors que dans un contexte limite, le registre défensif sera plus archaïque (dénî, clivage, projection, idéalisation/désidéalisation). La question du diagnostic différentiel entre ces deux fonctionnements est fréquente et souvent complexe. Seule une étude approfondie de la personnalité (par exemple avec recours aux tests projectifs) permettra de mieux comprendre la psychopathologie sous-jacente à l'expression de ces symptômes de dépendance.

Corrigé 2

Pour les approches dimensionnelles, comme la psychanalyse, la réponse est oui puisqu'il existe selon ce courant une continuité entre personnalité (par exemple, personnalité obsessionnelle) et troubles mentaux (par exemple, névrose obsessionnelle).

Pour les approches catégorielles, la réponse est non. Elles considèrent en effet :

- que « pathologie mentale » et « troubles de la personnalité » ne sont pas liés (TOC apparaissant en dehors de trouble de la personnalité, par exemple) ;
 - qu'une pathologie mentale n'est pas spécifique d'un trouble donné (un TOC peut apparaître sur un trouble de la personnalité autre qu'obsessionnelle compulsive).
- Pour autant, vouloir distinguer totalement pathologie mentale et certains troubles de la personnalité n'est pas toujours aisé (par exemple, phobie sociale et personnalité évitante).

Corrigé 3

Vos recherches ont dû vous conduire à trouver :

- Des outils catégoriels : SCID-II, SIDP-IV,...
- Des outils dimensionnels : NEOPI-R, TCI,....
- Des tests projectifs : Rorschach, T.A.T.,...

Vous avez dû en trouver bien d'autres, comme par exemple le MMPI, dont le

statut est particulier (dimensionnel et catégoriel) car ne mesurant pas uniquement la personnalité, et sa version MMPI-RF plus récente.

10. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Corrigé du QCM

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 3. | 6. Réponse 1. |
| 2. Réponse 1. | 7. Réponse 3. |
| 3. Réponse 3. | 8. Réponse 1. |
| 4. Réponse 2. | 9. Réponse 3. |
| 5. Réponse 2. | 10. Réponse 2. |

Corrigé des exercices

Corrigé 1

Madame P., du fait de son âge et de son absence d'antécédents, permet déjà d'évoquer, devant le tableau délirant et des éléments évocateurs d'automatisme mental, une PHC.

Corrigé 2

Vaste question, sujet à débat et controversé. L'opinion majoritaire aujourd'hui, va clairement dans le sens du « non ».

En effet, on peut présenter des symptômes psychotiques sans souffrir d'une psychose ou sans avoir une « structure psychotique » pour ceux qui adhèrent à cette hypothèse.

On peut avoir des hallucinations si on a pris une substance hallucinogène, ce qui peut toutefois précipiter l'entrée dans une psychose chez un sujet vulnérable, ou ne pas avoir de conséquences une fois les effets dissipés. Un patient souffrant de trouble bipolaire peut, lors des épisodes maniaques ou dépressifs, présenter des symptômes psychotiques (le plus souvent des délires). Lorsque l'humeur redevient normale, ces symptômes psychotiques disparaissent et le fonctionnement psychologique du

patient n'a rien de psychotique. Ils sont alors compris comme des « épiphénomènes » de l'humeur. Si les symptômes psychotiques perdurent malgré la normalisation de l'humeur, c'est alors que le patient souffre d'un trouble schizo-affectif, ce qui entre alors dans le champ de la psychose.

Il serait possible de trouver plein d'autres arguments...

Corrigé 3

Perte
Bleuler
Positifs
Négatifs (ou vice versa)
1 %
Héboïdophrénique
Délires
Jalousie
Paraphrénie
Imaginatifs
Mystiques
Fantastiques

11. LES CONDUITES ADDICTIVES

Corrigé du QCM

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. Réponse 1. | 6. Réponse 2. |
| 2. Réponse 3. | 7. Réponse 3. |
| 3. Réponse 2. | 8. Réponse 1. |
| 4. Réponse 3. | 9. Réponse 1. |
| 5. Réponse 1. | 10. Réponse 2. |

Remarque concernant la question 7 : la proposition (1) n'est que partielle. Il faut également un appel au « tiers symbolique ».

Corrigé des exercices

Corrigé 1

Tolérance, alcoolisme, dépendance (deux définitions), craving, toxicomanie, accoutumance.

Terme	Définition
Accoutumance	Propriété de supporter, avec diminution de l'effet, une dose de produit ordinairement nocive (Blouin et Bergeron).
Dépendance	La rencontre d'un produit, d'une personnalité, d'un moment socio-culturel (Olievenstein).
Tolérance	Processus d'adaptation d'un organisme à une substance qui se traduit par l'affaiblissement progressif des effets de celle-ci et qui entraîne la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets (Valleur et Matyziak).
Dépendance	Un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une drogue, se caractérisant par des modifications de comportement et par d'autres réactions, qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance (OMS, 1969).
Craving	Une impulsion irrésistible envahissant le sujet lui donnant le sentiment que seule une reprise de son addiction lui apportera le soulagement (Valleur et Matyziak).
Alcoolisme	Perte de la liberté de s'abstenir de l'éthanol (Fouquet).
Toxicomanie	Avidité de consommer des substances qui entraînent la dépendance (Blouin et Bergeron).

Corrigé 2

- Prise de risque : les mises financières en jeu (placées sur une couleur, par exemple).
- Mort : elle est ici symbolique : la perte totale des gains, puis les pertes annexes (travail, statut social...). Ce qui est rejoué est ici la castration (problématique œdipienne).
- Tiers symbolique : le destin (et non le hasard ou la chance, qui ne comportent pas de notion décideuse).
- La sentence de la conduite ordalique : le numéro qui sort (roulette), la carte dans le jeu du casino (baccara...), la combinaison finale de la « machine à sous », etc.
- Jouissance (« flash ») : le gain, souvent remis en jeu immédiatement.
- Quête œdipienne/identitaire : elle se joue dans la perte. Celle-ci permet à la dimension œdipienne de se rejouer. La perte est paradoxalement (et inconsciemment) ce que l'individu recherche dans une tentative récurrente et désespérée pour résoudre ses conflits internes en s'y reconfrontant sur la scène réelle.

Corrigé 3

La toxicomanie instaure un lien de dépendance pathogène entre un individu et un produit. La nature de ce lien a à voir avec des données psychiques (défauts dans le développement psycho-affectif, cognitions associées, traumatismes infantiles, nature des apprentissages...).

Aussi, un individu peut tout à fait instaurer un lien de dépendance fort à un produit, indépendamment de l'éventuelle nocivité de ce dernier et de son degré « d'accrochage » physique.

Parler de drogues « dures » et « douces » supposerait en psychologie que le produit aurait une incidence intrinsèque sur le lien de dépendance psychique qui le lie au consommateur. Cela n'est pas le cas, puisque la dépendance psychique possède par nature pour seuls déterminants des données psychologiques. Les conséquences de cette dépendance psychique, si tant est qu'elles puissent être exactement quantifiées, sont indépendantes des caractéristiques « dures » ou « douces » d'un produit. Seule la dépendance peut en psychologie être qualifiée : importante, transitoire, secondaire, etc.

Corrigé 4

La défaillance identitaire est une caractéristique commune à toutes les addictions.	Modèle psychanalytique
L'analyse de l'addiction permet de dégager la façon dont le sujet traite les informations, donnant accès aux structures cognitives sous-jacentes susceptibles de déclencher un comportement addictif, ou inopérant pour les inhiber.	Modèle CC – cognitif
L'existence de comportements de prise de risques a pour finalité de connaître des expériences nouvelles (complexes et variées) afin de maintenir un niveau optimum de stimulation corticale.	Modèle des sensations fortes
Les effets de la prise du produit vont progressivement devenir la cause des conduites addictives, les effets néfastes de la consommation du produit ou des comportements tentant d'être annulés ou compensés par un appel accru aux mêmes comportements.	Modèle CC – comportemental
Les expériences addictives permettraient au sujet de se confronter à des situations aux effets prévisibles et qui viendraient de ce fait compenser un défaut fondamental de sécurité (estime de soi dépréciée, faible soutien social, sentiment de vide et d'ennui...), ou plus liées à une période critique pour le sujet (adolescence, divorce, situations de perte, etc.).	Modèle de résolution de l'échec

Crédits photographiques

Crédits photographiques

Couverture : © JPC-PROD-Fotolia.com.

© Sandra Gligorijevic-Fotolia.com. © Iryna Shpulak-Fotolia.com.

© JPC-PROD-Fotolia.com.

Page IV : © Valérie Le Parc-Fotolia.com

Page XI : © Stas Perov-Fotolia.com

Page XV © Philippe Dubocq-Fotolia.com

Page 1 : © Endostock-Fotolia.com

Page 25 : © Lisa F. Young-Fotolia.com

Page 44 : © Oleg Kozlov-Fotolia.com

Page 45 : © Mopic-Fotolia.com

Page 47 : © JPC-PROD-Fotolia.com

Page 55 : © Endostock-Fotolia.com

Page 68 : © Andres Rodriguez-Fotolia.com

Page 72 : © Andrzej Tokarski-Fotolia.com

Page 74 : © Infotronf-Fotolia.com

Page 87 : © Simon Ebel-Fotolia.com

Page 90 : © dalaprod-Fotolia.com

Page 94 : © vekha-Fotolia.com

Page 101 : © The Supe87-Fotolia.com

Page 107 : © Fred Goldstein-Fotolia.com

Page 119 : © Viktor Kuryan-Fotolia.com

Page 131 : © JPC-PROD-Fotolia.com

Page 141 : © Mat Hayward-Fotolia.com

Page 150 : © dalaprod.Fotolia.com

Page 155 : © Johanna Goodyear-Fotolia.com

Page 156 : © dalaprod.Fotolia.com

Page 169 : © Gajatz-Fotolia.com

Page 179 : © forestpath-Fotolia.com

Page 185 : © Urbanhearts-Fotolia.com

Page 189 : © Paul Burns-Fotolia.com

Page 194 : © Justin B-Fotolia.com

Page 199 : © Petrol-Fotolia.com

Page 205 : © Celeste clochard-Fotolia.com

Page 209 : © Set-Fotolia.com

Page 210 : © Eleonore H.-Fotolia.com

Page 212 : © Haywire Media-Fotolia.com

Page 213 : © Randall Reed-Fotolia.com

Page 233 : © Stephen Coburn-Fotolia.com

Page 235 et pages d'exercices et QCM : © Anne Pachiaudi